

**الإسهام النسبي للتنظيم الانفعالي والتثقيف
الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية
لدى طلاب كلية التمريض**

إعداد

أ.م.د/ هدى عنتر عبدالله قنديل^(١)

د/ بوسي عصام محمد جاد^(٢)

**Email: hoda.antr@art.aun.edu.eg
DOI:10.21608/aakj.2025.386108.2066**

تاريخ الاستلام: ٢٠٢٥/٥/١٧ م

تاريخ القبول: ٢٠٢٥/٥/٢٣ م

^(١) أستاذ مساعد بقسم علم النفس كلية الآداب - جامعة أسيوط

^(٢) مدرس بقسم علم النفس كلية الآداب - جامعة المنصورة

الملخص:

هدف البحث إلى الكشف عن مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية، والتعرف إلى الإسهام النسبي لكل من التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي) والتثقيف الصحي (التثقيف الصحي الرقمي، التثقيف الصحي العام) في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض، وتكونت العينة من (ن= ٢٢٠) طالبًا (سنة الامتياز)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٢٣ - ٢٧) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٤,٢٩) سنة، وانحراف معياري ($1.24 \pm$)، وتنقسم العينة وفقًا لمتغير النوع (٧٣ ذكر / ١٤٧ أنثى). وقد تم استخدام مقياس التنظيم الانفعالي (إعداد: مصطفى مظلوم، ٢٠١٧م)، ومقياس التثقيف الصحي (Mekawy et al., 2020)، ترجمة وتعديل: الباحثان)، ومقياس جودة الحياة المهنية (إعداد: Stamm, 2009)، ترجمة: الباحثان). وأوضحت النتائج: بالنسبة لأبعاد جودة الحياة المهنية؛ وجد مستوى مرتفع لُبُدي الرضا عن التعاطف والاحترق، ومستوى متوسط لُبُدي الضغوط الثانوية للصدمة لدى طلاب كلية التمريض. كما وجد إسهام لإعادة التقييم المعرفي والتثقيف الصحي العام في التنبؤ بالرضا عن التعاطف، ووجد إسهام للدرجة الكلية للتثقيف الصحي في التنبؤ بالاحترق، كما وجد إسهام لقمع التعبير الانفعالي في التنبؤ بالضغوط الثانوية للصدمة لدى طلاب كلية التمريض. وقد تم تفسير النتائج في ضوء نتائج الدراسات السابقة وفي إطار التراث النظري لعلم النفس.

الكلمات المفتاحية: التنظيم الانفعالي، التثقيف الصحي، جودة الحياة المهنية، طلاب كلية التمريض.

The relative contribution of emotional regulation and health literacy in predicting the professional quality of life among nursing college students

Abstract:

The aim of this research is to identify reveal the levels of the dimensions of professional quality of life, and to identify the relative contribution of each of emotional regulation (cognitive reappraisal, suppression of emotional expression) and health literacy (digital health literacy, general health literacy) in predicting professional quality of life (Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress) among nursing college students. The sample consisted of (n=220) students (internship year), whose ages ranged between (23-27) years, with an average age of (24.29) years, and a standard deviation of (1.24±). The sample was divided according to the gender variable (73 males/147 females). The research utilized The Emotional Regulation Scale (prepared by: Mustafa Mazloum, 2017), the Health Literacy Scale (Mekawy et al., 2020, translated and modified by: the researchers), and the Professional Quality of Life Scale (prepared by: Stamm, 2009, translated by: the researchers). The results showed that, regarding the dimensions of professional quality of life, high levels were found for the dimensions of Compassion satisfaction and Burnout, and a medium level for the dimension of secondary traumatic stress among nursing students. Cognitive reappraisal and general health Literacy also contributed to the prediction of Compassion satisfaction, while the total health Literacy score contributed to the prediction of burnout. Suppression of emotional expression also contributed to the prediction of secondary traumatic stress among nursing students. The results were interpreted in light of the results of previous studies and within the framework of the theoretical heritage of psychology.

Keywords: Emotional regulation, Health literacy, Professional quality of life, nursing students.

المقدمة:

التمريض هو مهنة فريدة من نوعها لأن الممرضين يتحملون العديد من الأدوار المتزامنة، مثل تقديم الرعاية المباشرة، واتخاذ القرارات الإكلينيكية، ودعم المرضى والعائلات، والتعليم، واكتساب المهارات اللازمة في الممارسة الإكلينيكية. بالإضافة إلى ذلك، فإن اكتساب الكفاءات المهنية، ولا سيما التثقيف الصحي، ليس ممكنًا من خلال الدورات النظرية وحدها. وبخلاف المهارات والثقافة العملية، يجب أن يمتلك الممرضون مهارات فعالة في حل المشكلات، واتخاذ القرارات، والتواصل، فضلاً عن القدرة على اتخاذ أحكام سليمة في مواقف مختلفة.

تعد مهنة التمريض أحد التخصصات المهمة في مجال الرعاية الصحية ذات المسؤولية والتأثير الاجتماعي الهائل. ويحمل "طلاب التمريض"، باعتبارهم مساهمين حيويين في مجال الرعاية الصحية، رسالة مقدسة تتمثل في رعاية الحياة وخدمة المجتمع (Vasli et al., 2023). ومع ذلك، فإن مرحلة التعليم العالي ليست مرحلة حاسمة بالنسبة لطلاب التمريض لتحقيق أحلامهم فحسب، بل هي أيضًا مرحلة اختبار وضغط (Cheng et al., 2023; Prakash et al., 2023).

وقد برز التدريب التمريضي في الأدبيات العلمية من بين مختلف المقررات الدراسية الجامعية في مجال الصحة، باعتباره بيئة ذات احتمالات عالية للإصابة بالأمراض الانفعالية، وذلك لأن الرعاية الصحية توفر باستمرار فرصًا للخبرات التي تولد القلق المفرط والخوف وعدم الأمان، حيث التعامل مع البشر ومعاناتهم، والمراقبة المستمرة للمرشدين في المجال العملي، والخوف من ارتكاب الأخطاء، بالإضافة إلى مصادر الضغط المرتبطة بعملية التدريب المهني (Leite et al., 2020; Santos et al., 2020; Aloufi, et al., 2021).

ولا تؤثر هذه الضغوطات المرتبطة بالتعليم العالي على الأداء الأكاديمي لطلاب التمريض فحسب، بل قد يكون لها أيضًا آثار سلبية طويلة الأمد على صحتهم

النفسية وحالتهم العاطفية (Alhamed, 2023; Pi-Ming et al., 2023). لذلك، من الضروري الفهم المتعمق للعوامل التي تؤثر على الضغوطات المرتبطة بالتعليم العالي. سيساعدنا فهم هذه العوامل على تقديم الدعم والتوجيه المستهدف الذي سيساعد طلاب التمريض على التعامل بشكل أفضل مع الضغوطات المختلفة وتحقيق النجاح في تطورهن الأكاديمي والمهني المستقبلي. لذلك، ونظرًا للعقبات التي يتضمنها تدريب التمريض، فإنه من المستحيل طوال هذه الرحلة أن لا يمر الطالب بتجارب انفعالية صعبة؛ لذلك من المهم للغاية في هذه اللحظات أن يكون قادرًا على إدارة المشاعر التي تنشط بمهارة (Menegatti et al., 2020).

وأن مهنة التمريض تُعتبر من أكبر مهن مقدمي خدمات الرعاية الصحية (Sanders et al., 2007)، الذين يُطلب منهم أن يتمتعوا بمستوى مقبول من الثقافة الصحية فيما يتعلق بمهامهم ومسؤولياتهم وعلاقاتهم مع المرضى. ولا سيما الممرضون والممرضات، دورًا حاسمًا لأن دورهم عادة ما يكون في الواجهة بين الجمهور والمرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية. فهم أكبر مقدمي التثقيف الصحي للمرضى وهم الأقدر على نقل المعلومات الصحية المطلوب (Cafiero, 2013; Wittenberg, 2018). بالإضافة إلى ذلك، فإن مستوى معرفة الممرضين الصحي بهذا الموضوع ووعيهم به ضمن نظام تقديم الرعاية الصحية بأكمله فعال، لا سيما في مجال علاقات المرضى والسلامة (Cafiero, 2013). علاوة على ذلك، تتطلب الإنجازات العلمية المستمرة إلى جانب الوضع المتغير للمرضى دمج المهارات التقنية والثقافة المهنية من قبل الممرضين للتعرف على مشاكل المرضى واتخاذ خطوات في تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج لتقليل الأخطاء وزيادة جودة الرعاية (Hosseini et al., 2017). وبالتالي، يجب أن يتمتع طلاب التمريض، وخاصة الذين هم على اتصال بالناس في جميع الأوقات، بمستوى جيد من التثقيف الصحي.

فقد نما اهتمام الباحثين بالتثقيف الصحي بسرعة على مر السنين (Batterham et al., 2016)، إلا أن تركيزهم في الآونة الأخيرة تحول من تقييم التثقيف الصحي بين عامة الناس إلى التثقيف الصحي بين المتخصصين في الرعاية الصحية (Seurer & Vogt, 2013; Budhathoki et al., 2017). وأشارت الدراسات إلى أن الباحثين يقيسون عمومًا مستوى المعرفة الصحية لدى أخصائيي الرعاية الصحية بطريقة مماثلة لعامة السكان (Lambert et al., 2014; Nantsupawat et al., 2020). ومع ذلك، هناك حاجة إلى أن يفهم أخصائيي الرعاية الصحية مستوى المعرفة الصحية من منظور مهني واستكشاف كيفية ارتباط فهمهم بممارساتهم الصحية.

حيث تعمل مهارات التثقيف الصحي في التمريض المهني على تسهيل التواصل الفعال بين مقدمي الرعاية المهنية والجمهور أو العملاء. وأن إجراء هذا التواصل الفعال القائم على المعلومات الصحية المناسبة سيمكن المرضى من اتخاذ أفضل القرارات المتعلقة بمشاكلهم الصحية (Wittenberg et al., 2018; Nesari et al., 2019). علاوة على ذلك، يمكن للثقافة الصحية أن تؤدي دورًا مهمًا في تقديم خدمات ورعاية ذات جودة للمرضى داخل أنظمة الرعاية الصحية (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

وفي دراسة دولية أطلق مشروع عالمي تم إطلاقه عام ٢٠١٤م لقياس مستوى التثقيف الصحي بين طلاب الجامعات الذين يدرسون المهن الصحية (Health Literacy Project, 2019). وقد أدى هذا المشروع، الذي جمعت بياناته من (١٩) جامعة في (١٠) دول حول العالم باستخدام مقياس التثقيف الصحي لدى طلاب الجامعات، إلى تحقيق تقدم كبير في دراسة التثقيف الصحي لدى طلاب الجامعات. وقد نُشرت بالفعل بيانات من مختلف البلدان المشاركة (وهي الولايات المتحدة والدنمارك والصين). وفي الولايات المتحدة، اعترفت (Vamos et al., 2016) بالكشف

عن تأثير المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية على التثقيف الصحي، وخلصوا إلى أن عمر طلاب الجامعات ونوع الجنس، وتعليم الوالدين له تأثير على التثقيف الصحي. كما فحصت الدراسة الدنماركية تأثير المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية على مستوى التثقيف الصحي بين طلاب الجامعات من أربع مهن صحية مختلفة (Elsborg et al., 2017). وأبلغ المؤلفون عن وجود علاقة إيجابية بين تعليم الوالدين والتثقيف الصحي، ووجدوا أن طلاب الصحة العامة حصلوا على درجات أعلى على مقاييس التثقيف الصحي. أما فيما يتعلق بالصين، تباين التثقيف الصحي لطلاب الجامعات بناءً على جنس الطلاب وسنة ومجال الدراسة والحالة الاجتماعية والاقتصادية ومنطقة الإقامة (الحضرية مقابل الريفية) وتعليم الوالدين (Zhang et al., 2016). كما تم التوصل إلى نتائج مماثلة في دراسة أجريت في تركيا باستخدام مقياس التثقيف الصحي للبالغين (Ayaz-Alkaya & Terzi, 2019).

وعليه يعتبر التثقيف الصحي من بين العوامل المهمة التي تؤثر على جودة الحياة والحاجة إلى الخدمات الصحية لكل من الفرد والمجتمع (Kim et al., 2020). وتتطوي جودة الحياة الجيدة على التعامل مع حياة الفرد بأبعادها المختلفة، وتنفيذ الإجراءات الخاصة باحتياجات الفرد بشكل ذاتي، وضمان رضا الفرد (Dehghani, 2021; Sántha, 2021).

وتعد جودة الحياة المهنية جزءاً مهماً من تجربة الموظفين. وتؤثر بيئات العمل المختلفة على نوعية الحياة وتؤثر الضغوط المهنية تأثيراً خطيراً على صحة الأفراد ونوعية حياتهم (Zarei et al., 2014). ويعتبر الممرضون والمرضى من أهم ركائز قطاع الرعاية الصحية التي تقع على عاتقهم مهام جسيمة مثل الرعاية النفسية والجسدية للمريض، حيث تؤدي هذه المهام دوراً مهماً في تطور الاضطرابات الجسمية والنفسية في حالة عدم مراعاة مبادئ السلامة والراحة (Nasiry Zarrin Ghabaee et al., 2016). من المهم مراعاة صحة وجودة حياة الممرضين والمرضى والحفاظ

على صحة هذه الفئة كغيرهم من أفراد المجتمع (Marzban et al., 2016). ومن المهم أن يكون الموظفون راضين عن جودة حياة العمل في مكان عملهم (Kanten & Sadullah, 2012). وإن مفهوم جودة الحياة المهنية متعدد الأبعاد، نسبي ويتأثر بالزمان والمكان والقيم الشخصية والاجتماعية (Saraji & Dargahi, 2006).

وإن الهدف النهائي لجودة حياة الممرضين والممرضات وتطبيقها على الحياة هو تمكينهم من التمتع بحياة عالية الجودة وذات معنى وممتعة (Zakerian et al., 2013). لأن انخفاض جودة حياة الممرضين سيؤثر سلباً على رضاهم المهني وأدائهم (Espuela et al., 2020) في هذا المجال، أظهرت دراسة أجريت حول العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الحياة بين ٥٠١ ممرضة أن عناصر جودة الحياة لدى الممرضات كانت مرتبطة بشكل كبير بالرضا الوظيفي (Cimete et al., 2003). بالإضافة لذلك، ذكر (Drobnič & Guillén Rodríguez, 2011) في تحقيقهما أن جودة الحياة الجيدة والرفاهية العامة تعتمد على ظروف العمل والعائلة للأفراد. على الرغم من أهمية دور الممرضين والممرضات كأكثر طبقة في القطاع الصحي وأثرهم في تعزيز التثقيف الصحي للمجتمع، إلا أن الدراسات التي أجريت لتقييم وعي الممرضين والممرضات بمفهوم التثقيف الصحي وعلاقته بجودة حياة الممرضين والممرضات نادرة في البيئة المحلية؛ لذا كان الغرض من هذا البحث هو كشف مدى إسهام كل من التنظيم الانفعالي والتثقيف الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية لطلاب السنة النهائية بالتمريض.

مشكلة البحث:

غالبًا ما يُعتبر التمريض مهنة مرهقة للغاية (Suresh et al., 2013) مقارنةً بطلاب الجامعات في التخصصات الأخرى، حيث يؤثر ارتفاع مستوى الضغط في هذه الوظيفة على الصحة البدنية والنفسية للممرضين (Wu et al., 2010). وهناك الكثير من الضغوطات في مكان العمل في التمريض مثل التعرض المستمر للمرضى،

والمسؤولية تجاه المرضى، والعمل في المجال الإكلينيكي، ورؤية المرضى المحتضرين، ونقص المرافق الضرورية في مكان العمل، وعدم القدرة على التنبؤ ببعض المواقف (Jafary et al., 2015)، والمشاكل العائلية، والصراع في مكان العمل، وقلة عدد العاملين وضعف العمل الجماعي (Kane, 2009). وعادة ما ينبع هذا الضغط النفسي من زيادة أعباء المقررات الدراسية، والمتطلبات الأكاديمية الأعلى، وعدم الثقة بشأن التطلعات المهنية المستقبلية، والتوقعات الاجتماعية، وأهداف الإنجاز الشخصي (Berdida, 2023; Toqan et al., 2023; Pasquet, 2023). وإن الانفعال جزء من الحياة اليومية لجميع الأشخاص، بما في ذلك مقدمي الرعاية للمرضى، وعندما لا تتوافق الانفعال مع الظروف، تظهر الحاجة إلى ضبطها. وبما أن تنظيم الانفعال جزء أساسي من حياة الشخص، فإن أي خلل في تنظيم الانفعال يمكن أن يؤدي إلى أضرار نفسية.

حيث يواجه طلاب التمريض غالبًا مستويات أعلى من الضغط والمشاعر السلبية التي تتطلب مزيدًا من الانتباه (Admi et al., 2018; Tung et al., 2021; Zhu et al., 2021). واستراتيجيات تنظيم الانفعال ضرورية لطلاب التمريض للتعامل مع الضغوط في حياتهم الأكاديمية (Costa et al., 2022). في طلاب المرحلة الجامعية، يرتبط تنظيم المشاعر السلبية بزيادة الأمراض النفسجسمية وانخفاض الرفاهية، مثل الأرق، واضطرابات الأكل، والقلق، والاكتئاب، وحتى سلوكيات إيذاء النفس؛ في حين يمكن لاستراتيجيات تنظيم الانفعال الإيجابية أن تقلل بفعالية من المشاعر السلبية ومخاطر إيذاء النفس، ولها تأثيرات إيجابية على صحتهم الجسمية، والنفسية، وأدائهم الأكاديمي، وتفاعلهم الاجتماعي (Kirwan et al., 2017; Ewing et al., 2019; Casagrande et al., 2020; McRae & Gross, 2020; Zhu et al., 2022; Mao et al., 2022). لذلك، فإن فهم الوضع الحالي والعوامل المرتبطة بتنظيم الانفعال لدى طلاب التمريض الجامعيين يصبح قضية حاسمة للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية للطلاب.

حيث يمر الطلاب بمرحلة حرجة تتسم بتغيرات سريعة في الهوية النفسية والاجتماعية (Wilt et al., 2016)، لا سيما طلاب الجامعات الذين يواجهون تحديات وضغوطات فريدة من نوعها، خاصةً مع انتقالهم من الحياة الطلابية إلى أدوار مجتمعية (Baez-Lugo et al., 2023). يمكن أن يؤدي سوء إدارة الانفعالات إلى حالات سلبية طويلة الأمد، مما يضعف الوظائف الإدراكية، ويظهر ذلك في شكل بطء في التفكير، وانخفاض قوة الإرادة، من بين مشاكل أخرى (Willroth et al., 2020). وقد أصبحت القدرة على إدارة الانفعالات نقطة محورية في الأبحاث التي يجريها علماء النفس على مستوى العالم، لا سيما استكشاف عوامل تأثيرها المتعلقة بالصحة (Zhang et al., 2021). خاصة في العصر الرقمي، برزت تنمية الثقافة الصحية الإلكترونية لدى طلاب الجامعات كوسيلة فعالة لتحسين القدرة على إدارة الانفعال وتنظيمه (Deng et al., 2023).

وفي ظل المجتمع الرقمي الذي نعيشه حالياً أصبح التثقيف الرقمي ضرورة ملحة؛ حيث تؤدي تقنية المعلومات عموماً والخدمات الإلكترونية والاتصالات خصوصاً دوراً فعالاً في ترسيخ مفهوم التنمية المستدامة و"رؤية مصر ٢٠٣٠م" التي تعزز من أنشطة البحث والتطوير لتحسين مجال التعليم الذي قد شهد العديد من التحديات والتغيرات خلال العقد الماضي نتيجة التقنيات الرقمية. هذا، ويقدر عدد المستخدمين لشبكة الإنترنت في جميع أنحاء العالم عام ٢٠٢٥م حوالي (٥,٥٦) مليار، وهو ما يمثل ٦٧,٩ بالمائة من سكان العالم (Petrosyan, 2025)، بينما يقدر عدد مستخدمي شبكة الإنترنت المحمول في مصر بـ (٨٣,٨٣) مليون مستخدم (وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات، ٢٠٢٤م) مما يؤكد أننا نعيش حالياً في "العصر الرقمي".

وهنا، يؤدي التعليم دوراً مهماً في فهم الثقافة الصحية بين العاملين في مجال الرعاية الصحية. خاصة، يحتاج الممرضون والممرضات إلى كفاءات جديدة، بما في

ذلك التثقيف الصحي والدرجات العلمية العالية والتثقيف الصحي الرقمي حيث أنهم يتولون أدوارًا ومسؤوليات جديدة تتعلق بالتحول الصحي الرقمي وإعادة توجيه الرعاية الصحية (Wilson, 2018)، ومساعدة المرضى على التنقل بين المهنيين الصحيين المساعدين. وبالتالي، على مدار العقد الماضي، ركزت الجامعات والكليات في جميع أنحاء العالم بشكل متزايد على توعية الممرضين والممرضات بأهمية زيادة مستويات التثقيف الصحي الرقمي للمرضى (Torres & Nichols, 2014; McCleary- Jones, 2016)، وكذلك جوانب مستويات الكفاءة الصحية العالية لطلاب التمريض (Zou et al., 2018; Ayaz-Alkaya & Terzi, 2019).

في هذا الصدد، كشفت نتائج دراسة أجراها (Walker et al., 2010) أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الثقافة الصحية كانوا يمتلكون معلومات أكثر عن حالتهم الصحية. علاوة على ذلك، أفاد (Diviani et al., 2015) في مراجعتهم بدراسة تفيد بأن الأشخاص الذين لديهم مستويات منخفضة من الثقافة الصحية لديهم قدرة أقل على تقييم المعلومات وفهم الجودة والثقة في المعلومات. وكما ورد في الأدبيات، في حين أن ضعف التثقيف الصحي مسؤول عن النتائج الصحية السيئة وارتفاع معدلات الانتحار بين السكان (Kutcher et al., 2016)، فإن ارتفاع مستوى التثقيف الصحي يؤثر بشكل إيجابي على مستويات الهناء النفسي للأشخاص وسلوكيات طلب المساعدة، ويقلل من المواقف الموصومة التي تظهر تجاههم (Ratnayake & Hyde, 2019; Çinçinoğlu & Okanlı, 2021). ويؤدي المستوى المرتفع من التثقيف الصحي إلى تحسين العديد من المجالات، بما في ذلك استخدام الموارد الصحية والتغيرات الإيجابية في نوعية حياة الأفراد وسلوكياتهم (Gobbens & Remmen, 2019; Yu et al., 2021). ويُعد التثقيف الصحي من بين العوامل المهمة التي تؤثر على جودة الحياة والحاجة إلى الخدمات الصحية لكل من الفرد والمجتمع (Hazer & Ateşoğlu, 2019). كما يمكن أن يؤدي ارتفاع

مستوى التثقيف الصحي إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وتقصير أوقات العلاج وتحسين جودة الحياة (Chang et al., 2020; Smith, 2021).

وإن جودة الحياة المهنية هي أحد العوامل التي تؤثر على تحفيز الموظفين والأداء التنظيمي في مكان العمل (Kanten & Sadullah, 2012; Ganesh & Paramasivam Ganesh 2014). وبالإضافة إلى ذلك، أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن التثقيف الصحي يؤثر على الحالة الصحية العامة للأفراد (Javadzade, 2013)، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Wang et al., 2015). وعليه يحتاج الممرضون والممرضات إلى فهم أنه لا يوجد شخص يمتلك تثقيف صحي كامل. لذلك، يجب أن يتمتعوا بالمهارات اللازمة لمساعدة المرضى على الاستفادة من المعلومات وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول الأمراض الناتجة عن المعلومات الخاطئة التي يتم الحصول عليها من مصادر أخرى (Tubaishat & Habiballah, 2016). ويكتسب التثقيف الصحي في مجال التمريض أهمية قصوى، ومن الضروري إجراء المزيد من البحوث في هذا المجال (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

ومن المعروف أن الممرضين يتحملن عبئاً ثقيلاً وغالباً ما يكافحن للحفاظ على جودة الحياة. وغالباً ما يواجهون مشاكل في مكان العمل، مثل نقص الموظفين، وساعات العمل الطويلة، وأعباء العمل الثقيلة (Lee & Yusof, 2018). ويتعرضن إلى العديد من المخاطر في مكان العمل والمخاطر المهنية بما في ذلك نوع العلاقات السائدة بين الزملاء، والضغط لفترات طويلة. وهذا يؤثر سلباً على صحة طاقم التمريض وعلى مستوى جودة حياتهم (Remigrońska & Włoszczak-Szubzda, 2016). وبما أن الممرضين، كأعضاء في نظام الرعاية الصحية، يبذلن قصارى جهدهن لتحسين جودة الحياة، وجودة حياة المرضى، فمن الضروري معالجة العوامل التي تؤثر على جودة حياتهم (Hsu & Kernohan, 2006).

ومن ناحية أخرى، تعتبر الصحة البدنية والنفسية الجيدة من النتائج المهمة لجودة الحياة (Khaleghi et al., 2019). ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، تشير جودة الحياة إلى تقييم الأفراد وفهمهم لوضعهم الحياتي، متأثرين بنظامهم الثقافي والقيمي والبيئة التي يعيشون فيها. وتتأثر أهداف الناس ومعتقداتهم وقيمهم ورغباتهم على حالتهم الجسمية والنفسية ومستوى استقلاليتهم وعلاقاتهم الاجتماعية ومبادئهم. وأظهرت دراسات مختلفة أن التثقيف الصحي يؤثر على كل من الحالة الصحية العامة للأفراد (Pequeno et al., 2020; Mokhtari-Hessari & Montazeri, 2020). وجودة الحياة المرتبطة بالصحة (Wang et al., 2014). وعادة ما يتمتع السكان الأصحاء، مثل الطلاب، بنوعية حياة أفضل من المرضى (Suleiman et al., 2017). ومع ذلك، أظهرت الدراسات أن جودة الحياة والرضا عن الحياة لدى الطلاب في إيران أقل مقارنة بأقرانهم في الدول المتقدمة (Ziapour & Kianipour, 2018; Solati et al., 2018).

لذلك، لا يزال انخفاض جودة الحياة بين الطلاب موضع جدل. وقد وجدت العديد من الدراسات العلاقة بين جودة الحياة والتثقيف الصحي، وأسفرت عن نتائج متضاربة (Zheng et al., 2018). ومع ذلك، لم تكشف هذه الدراسات تأثير التنظيم الانفعالي والتثقيف الصحي على جودة الحياة المهنية في آن واحد. ونظراً للأهمية المجتمعية للتثقيف الصحي، لا سيما بين جيل الشباب، وآثارها المحتملة على الصحة النفسية وجودة الحياة المهنية، هدفت هذه الدراسة إلى دراسة التنظيم الانفعالي والتثقيف الصحي لدى طلاب التمريض وعلاقتهم بجودة الحياة المهنية.

وبذلك تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ١- ما مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض؟

٢- هل يُسهم كل من التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي) والتثقيف الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض؟.

أهداف البحث:

هدف هذا البحث إلى الكشف عن مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغط الثانوية للصدمة)، ومدى إسهام كل من التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي) والتثقيف الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض.

أهمية البحث:

يستمد البحث أهميته من الاعتبارات التالية:

١- تتمثل في أهمية المتغيرات التي يتناولها البحث من حيث الأثر البالغ الذي يحدثه التنظيم الانفعالي والتثقيف الصحي في جودة الحياة المهنية لدى طلاب السنة النهائية للتمريض.

٢- تتبع أهمية البحث من اختيار طلاب التمريض كمجتمع بحثي حيث إنهم يشكلون قدرًا كبيرًا من قطاع الصحة في البلاد (Tol et al., 2011).

٣- تتبع أهمية البحث من اختيار الممرضين المستجدين مما يسمح لنا بتقييم التثقيف الصحي لديهم، كما أن مستوى صحتهم ونوعية حياتهم لها تأثير كبير على التعلم والأداء الأكاديمي (Soltani et al., 2010).

٤- ترجمة وتعريب مقياسي (التثقيف الصحي، وجودة الحياة المهنية)، والتحقق من خصائصها السيكومترية، والاستفادة منهم في بحوث مستقبلية.

- ٥- يمكن أن تساعد نتائج هذا البحث في رفع مستوى جودة الحياة المهنية والتثقيف الصحي لطلاب التمريض باعتبارهم مقدمي الخدمات الصحية.
- ٦- يمكن أن تساهم نتائج البحث في تنفيذ برامج التدريب القائمة على التنظيم الانفعالي لتحسين جودة الحياة المهنية لدى طلاب كلية التمريض.

المفاهيم والإطار النظري للبحث:

يتناول البحث الحالي ثلاثة مفاهيم رئيسية، هي: مفهوم التنظيم الانفعالي، ومفهوم التثقيف الصحي، ومفهوم جودة الحياة المهنية، ويمكن فيما يلي عرض الإطار النظري لكل مفهوم منها.

١ - التنظيم الانفعالي Emotion Regulation:

لقد حظى مفهوم التنظيم الانفعالي على قدر كبير من الاهتمام في مجال علم النفس التربوي المعرفي، وهو من المفاهيم الحديثة في المجال الانفعالي؛ فالتنظيم الانفعالي عبارة عن عملية معقدة تشمل استخدام مجموعة من استراتيجيات التنظيم العاطفي من قبل الفرد، وتُسمى أيضاً باستراتيجيات التأقلم، وفي الواقع، تتشكل هذه الاستراتيجيات من خلال الأعمال المنجزة التي يقوم بها الفرد بوعي أو لا وعي، والتي تؤثر على الاستجابة العاطفية لدى الفرد بشكل سلبي أو إيجابي.

(Skinner et al., 2009)

أ- تعريف التنظيم الانفعالي:

يُعرّف التنظيم الانفعالي بأنه مجموعة من العمليات التي يحاول الشخص من خلالها التأثير على المشاعر التي سيختبرها ويعبر عنها، وفي أي وقت وبأي طريقة (Masumoto et al., 2016; Madden & Reynolds, 2021). وهو يمكن الشخص من تعديل التعبير عن عواطفه الخاصة وفقاً لمتطلبات البيئة، بالإضافة إلى حماية المشاعر غير السارة وكبحها وتوجيهها لتجنب التداخل مع الأداء الشخصي.

وعلى الرغم من أن مفهوم التنظيم الانفعالي يُفسر بطرق مختلفة، إلا أنه يمكن القول أنه يشمل القدرة على الاستجابة للمتطلبات الضاغطة والتجارب الانفعالية بطريقة مقبولة اجتماعيًا ومرنة وقابلة للتكيف. ويشمل التنظيم الانفعالي إدارة المشاعر السلبية وردود الفعل الانفعالية، وتحليل السبب المسبب للانفعال، واختيار رد الفعل، وكذلك القدرة على تأجيل الإشباع الفوري. لذلك، فهو يحدد السلوك الخارجي للفرد ورفاهيته الداخلية (Pačarić et al., 2018).

ويُعرّف عدم التنظيم الانفعالي بأنه عدم القدرة على تنظيم شدة ونوعية الانفعالات (مثل الخوف والغضب والحزن) من أجل توليد استجابة انفعالية مناسبة؛ والتعامل مع الاستثارة وعدم استقرار المزاج والتفاعل العاطفي الزائد، والنزول إلى خط الأساس الانفعالي (Cole et al., 2019). وقد عرّف (McRae & Gross, 2020). استراتيجيات تنظيم الانفعالات بأنها استراتيجيات عقلية تُستخدم لإدارة تلقي المعلومات المحفزة للانفعالات. وتصنف هذه الاستراتيجيات إلى استراتيجيات متوافقة (بما في ذلك إعادة التقييم والتباعد العاطفي) واستراتيجيات غير متوافقة (بما في ذلك الاجترار والانسحاب الاجتماعي)؛ وترتبط الاستراتيجيات غير المتوافقة بمشاكل الصحة النفسية مثل الاكتئاب والقلق والإنهاك الوظيفي وانخفاض الشعور بالرفاهية. ويعرفه (Guimond et al., 2022) بأنه قدرة الفرد الشاملة على التعرف على المشاعر وفهمها وتنظيمها والتعبير عنها.

وقد تبنت الباحثتين تعريف (مصطفى مظلوم، ٢٠١٧م، ص. ١٤٨) للتنظيم الانفعالي بأنه عملية تعديل وتأثير الفرد في نوع الانفعالات وشدتها واستمراريتها والتعبير عنها وكيفية معاشتها، ويتضمن تنظيم الانفعال استراتيجيتين هما: إعادة التقييم المعرفي، وقمع التعبير الانفعالي. ويحدد إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على مقياس تنظيم الانفعال (بعد إعادة التقييم المعرفي، وبعد قمع التعبير الانفعالي).

ب- نماذج التنظيم الانفعالي:

(١) نموذج "ثومبسون" Thompson

أوضح ثومبسون "Thompson, 1994" أن التنظيم الانفعالي يتضمن تعزيز الاستثارة الانفعالية وكذلك منعها أو إضعافها، وأن المهارات المطلوبة لتنظيم الانفعال تنمو من خلال تدخلات الآخرين في الطفولة ويتكون من (٧) استراتيجيات هي: العوامل العصبية العضوية، وعمليات الانتباه، تفسير الأحداث المثيرة، تنظيم الإشارات الانفعالية الداخلية، استخدام مصادر المواجهة، تنظيم المتطلبات الانفعالية للمواقف المشابهة، واختيار بدائل الاستجابة التكيفية (Putnam & Silk, 2005).

(٢) نموذج Gross & John

يتضح من نموذج (Gross & John, 2003) أن الفرد في عملية تنظيم الانفعال يستخدم استراتيجيتين رئيسيتين هما:

(أ) إعادة التقييم المعرفي: وهي استراتيجية تحدث مبكرًا في عملية توليد الانفعال وتتضمن إعادة هيكلة الموقف الانفعالي معرفيًا، كما تتضمن تغيير وإعادة صياغة طريقة تفكير الفرد حول الموقف لتقليل تأثيره الانفعالي السلبي.

(ب) قمع التعبير الانفعالي: وهي استراتيجية تُركز على الاستجابة، وتحدث متأخرًا في عملية توليد الانفعال بمجرد أن يتم تنشيط الانفعال، ويتضمن "قمع التعبير الانفعالي" التحكم في الانفعالات من خلال عدم التعبير ومنع السلوكيات المعبرة عنها. وهو النموذج الذي يتبناه البحث الحالي.

٢- التثقيف الصحي Health literacy:

استُخدم مصطلح التثقيف الصحي لأول مرة في عام ١٩٧٤م لوصف كيفية تأثير المعلومات الصحية على النظام التعليمي ونظام الرعاية الصحية والاتصال

الجماهيري واستخدم كهدف يجب تحديده للصفوف من الروضة حتى الصف الثاني عشر (American Medical Association, 2005, p.4). لم يتم إدخال مفهوم التثقيف الصحي في أدبيات الرعاية الصحية حتى تسعينيات القرن العشرين، وقد أدى التركيز على الإدارة الذاتية للصحة والمرض في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين إلى التركيز بشكل أكبر على مهارات الفرد في التثقيف الصحي (Cutilli & Bennett, 2009). وقد تطور التثقيف الصحي كمفهوم من وصف وتعريف مهارات القراءة والكتابة لدى البالغين إلى فهم أن مهارات القراءة والكتابة الكافية، إن لم تكن متقدمة، ضرورية للوصول إلى نظام الرعاية الصحية اليوم والتنقل فيه وفهمه.

أ- تعريف التثقيف الصحي:

يشير مصطلح التثقيف الصحي إلى معرفة الناس ودوافعهم ومهاراتهم في الحصول على المعلومات الصحية وفهمها وتقييمها وتطبيقها والاستفادة منها في إصدار الأحكام واتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة، وذلك للحفاظ على جودة حياتهم أو تحسينها، ويُنظر إلى هذا المصطلح على أنه وسيلة لتمكين الأفراد من الوصول إلى المعلومات الصحية وفهمها وتقييمها واستخدامها لتحسين رفاهيتهم (Sørensen et al., 2012). كما عرّف (Guzys et al., 2015) التثقيف الصحي من منظور مقدمي الرعاية الصحية من خلال التأكيد على المعرفة والمهارات اللازمة للوقاية من الأمراض وتحسين الصحة في الحياة اليومية.

ويعرفه (Saatchi et al., 2017) بأنه قدرة الفرد على اكتساب وتفسير وفهم المعلومات الأساسية والخدمات الصحية المناسبة لاتخاذ القرارات الصحية الضرورية. ويعرفه (Borji et al., 2017) هو مجموعة من مهارات القراءة والسمع والتحليل واتخاذ القرارات والقدرة على تطبيق هذه المهارات في المواقف الصحية التي لا تؤدي بالضرورة إلى سنوات الدراسة أو القدرة على القراءة العامة. ويعرفه (Smith, 2021)

بأنه مهارة تنطوي على المعرفة والدافع والقدرة على معالجة المعلومات. ويعرفه (Smith et al., 2021) بأنه عملية الحصول على المعلومات الصحيحة واستخدامها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة. ويمكن اعتباره مفهومًا معقدًا ويتطلب فهمًا أكبر لمهنة التمريض.

مما سبق تعرف الباحثان التثقيف الصحي بأنه الدرجة التي يمكن للأفراد من خلالها الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة ومعالجتها وفهمها والتواصل بشأنها لاتخاذ قرارات صحية مستنيرة. ويعرف التثقيف الصحي إجرائيًا بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس التثقيف الصحي (Mekawy et al., 2020)، ترجمة وتعديل الباحثان؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع التثقيف الصحي لدى الفرد، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض التثقيف الصحي لديه.

ب-أنواع التثقيف الصحي:

(١) التثقيف الصحي العام General health Literacy:

عرف (Nutbeam, 2008) التثقيف الصحي مع التركيز على تعزيز الصحة، مثل "المهارات الشخصية والمعرفية والاجتماعية التي تحدد قدرة الأفراد على الوصول إلى المعلومات وفهمها واستخدامها لتعزيز الصحة والحفاظ عليها". ويعرف (Ratzan, 2001) التثقيف الصحي كإطار لأنشطة تعزيز الصحة وحلقة وصل بين المعرفة والممارسة. ويعبر خبراء آخرون عن التثقيف الصحي بأنه حالة ديناميكية ويعرفون التثقيف الصحي بأنه "مجموعة واسعة من المهارات التي يطورها الناس للبحث عن المعلومات والمفاهيم الصحية وفهمها وتقييمها واستخدامها لاتخاذ خيارات مستنيرة والحد من المخاطر وزيادة جودة الحياة". يشير هذا التعريف إلى أن مهارات التثقيف الصحي للأفراد يمكن أن تتغير اعتمادًا على الخبرات الصحية

المختلفة (Zarcadoolas et al., 2005). وهناك تعريف آخر يُعرّف التثقيف الصحي على أنه عملية متطورة مدى الحياة تشمل سمات القدرة والفهم والتواصل (Mancuso, 2008). ومنظمة الصحة العالمية (WHO) عرفت الثقافة الصحية على أنها المهارات الاجتماعية والمعرفية التي تحدد دافع الأفراد وجودتهم من حيث الحصول على المعلومات وفهمها وتطبيقها بطريقة تؤدي إلى تعزيز صحتهم (James et al., 2012). كمفهوم تتزايد أهميته في كافة أنحاء العالم، ويتيح التثقيف الصحي استخدام الموارد بكفاءة لدى الأفراد، وتطوير شروط الجودة في خدمات الرعاية الصحية، واتخاذ القرارات الصحيحة في مجال الصحة العامة (Vogt et al., 2018; Kozak & Akyıl, 2021).

(٢) التثقيف الصحي الرقمي Electronic health literacy:

يشير التثقيف الصحي الرقمي إلى قدرة الأفراد على البحث عن المعلومات الصحية التي يتم الحصول عليها من خلال الوسائط الإلكترونية وفهمها وتقييمها واتخاذ قرارات منطقية متعلقة بالصحة استنادًا إلى المعلومات الصحية التي يتم الحصول عليها من خلال الوسائط الإلكترونية، وفي سياق العصر الرقمي، يُنظر إلى التثقيف الصحي الإلكتروني على أنه امتداد للتثقيف الصحي (Dunn & Hazzard, 2019). وعلاوة على ذلك، ازداد الاعتماد على المعلومات الإلكترونية بسبب الأحداث الصحية العامة غير المتوقعة، مما أدى إلى زيادة الطلب العام على المعلومات الصحية بشكل كبير، وبالتالي زيادة متطلبات التثقيف الصحي الإلكتروني (Htet et al., 2023). وفي العصر الرقمي سريع التطور، أصبحت شبكة الإنترنت إحدى القنوات الأساسية للوصول إلى مصادر الصحة النفسية والدعم النفسي (Chen et al., 2020). وفي الآونة الأخيرة، ومع ازدياد أهمية التثقيف الصحي الإلكتروني في القطاع الصحي، فقد جذبت اهتمامًا واسع النطاق من الأوساط الأكاديمية (Lin et al., 2020).

٣- جودة الحياة المهنية Professional quality of life

تم إدخال مصطلح جودة الحياة المهنية مؤخراً لتوضيح مستويات الضغط المهني. كما كان لهذا المصطلح أهمية خاصة في دراسة العاملين في مجال الرعاية الصحية (Salimi et al., 2020). وإن الاهتمام بقياس جودة الحياة كمفهوم قد ازداد جذباً إلى جنب مع العديد من التحسينات في مختلف جوانب ومستويات الحياة (Landeiro et al., 2018). ومن الجدير بالذكر أيضاً أن جودة الحياة المهنية هي مفهوم متعدد الأبعاد وتعكس مستوى رضا الفرد ووظيفته الحالية.

تعريف جودة الحياة المهنية:

إن جودة الحياة المهنية تشير إلى الآثار السلبية والإيجابية لتقديم المساعدة لمن تعرضوا لصدمات نفسية ويرتبط عادةً بالمهن التي تتعامل مع مساعدة الآخرين، مثل العاملين في مجال الطب/ التمريض، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، وغيرهم (Stamm, 2010; Bloomquist et al., 2015). وتتضمن مشاعر الشخص عند تقديم المساعدة المهنية وتحقيق أهداف العمل ويشمل بُعدين أوسع نطاقاً هما: **الرضا عن التعاطف**، وهو الرضا المستمد من مساعدة الآخرين، و**الإرهاق من التعاطف**، الذي يرتبط بالضغط الذي قد يتعرض له المهنيون بسبب التعاطف الذي يشعرون به تجاه الأشخاص الذين يدعمونهم (Stamm, 2010; Sinclair et al., 2016). ولقد تم اقتراح مفهوم الإرهاق من التعاطف كنتيجة للاحتراق النفسي والضغط النفسي الثانوي الناتج عن الصدمة النفسية الذي يتعرض له المهنيون أثناء تقديم الخدمة أو الرعاية (Cieslak et al., 2014).

وقد تبنت الباحثتان تعريف (Stamm, 2010, p.8) لجودة الحياة المهنية بأنها "الجودة التي يشعر بها الفرد فيما يتعلق بعمله كمساعد"، ولها مكونين إيجابي وسلبي: المكون الإيجابي هو الرضا عن التعاطف، والمكون السلبي هو إرهاق التعاطف والذي يشير إلى التأثير السلبي على رفاهية الفرد الذي يقدم المساعدة بسبب

تعرضه للإرهاق المرتبط بالعمل، والضغط الثانوي للصدمة. وتعرف جودة الحياة المهنية إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس جودة الحياة المهنية إعداد (Stamm, 2009)، ترجمة الباحثان؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى كل (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغط الثانوي للصدمة) لدى الفرد، والعكس بالنسبة للدرجة المنخفضة.

أ- نموذج Stamm لجودة الحياة المهنية:

يتألف هذا النموذج من ثلاثة عوامل تؤثر على ProQOL في مكان العمل على النحو التالي:

(١) **البعد الأول: الرضا عن التعاطف:** ينشأ عندما يحفز التعاطف المساعد على التصرف بإيثار وتخفيف آلام المرضى، مما يساعد على التغلب على الجوانب السلبية للعمل (Sacco & Copel, 2018). ويتسم الممرضون والممرضات بالأمل والتفاؤل والرغبة في مواصلة العمل كمقدمي رعاية محترفين. ويُعتقد أن الرعاية والرحمة والتعاطف مع المرضى تؤثر على الحياة الشخصية والمهنية لمهنيين الرعاية (Salimi et al., 2020).

(٢) **البعد الثاني: الاحتراق:** يشير الاحتراق النفسي إلى متلازمة نفسية تتسم بالمشكلات العاطفية وانعدام الشخصية والشعور بتضاؤل الإنجاز في العمل اليومي ووفقًا (Patel et al., 2018) يتسم الإنهاك العاطفي بالإحساس بالاحتراق العاطفي من خلال الشعور بالاحتراق واستهلاك الطاقة العاطفية والجسدية للشخص، مما يؤدي إلى الإنهاك. ويمكن أن ينتج عن انعدام الشخصية، أو التعامل مع الناس كأشياء وليس كبشر، والمواقف السلبية والعدائية والمشاعر السيئة تجاه المرضى. وترتبط المستويات المنخفضة للإنجاز اليومي بالتقدير السلبي للذات والشعور بالعجز وانخفاض الفعالية في العمل. فالشخص يتعرض

للاحتراق عندما يكون مثقلاً بالعمل، الاحتراق الناتج عن التعاطف ينطوي على العديد من الأعراض نفسها، ومع ذلك، يمكن أن يحدث الاحتراق في معظم المهن، بينما يرتبط الاحتراق الناتج عن التعاطف عادةً بالمساعدة ويسمى "تكلفة الرعاية" (Boyle, 2015). وفي حالة الإنهاك، تكون البداية تدريجية ويمكن أن تؤدي إلى اللامبالاة وعدم التواصل بالعملاء وبيئة العمل لفترة طويلة من الزمن. وتكون البداية غير متوقعة، مما يؤثر بشكل مباشر على رعاية العملاء، وقد يؤدي إلى ترك المهنة بشكل دائم (Gray & Taie, 2015).

(٣) **البعد الثالث: الضغط الثانوي الناتج عن الصدمة**، والذي يشير إلى ردود الفعل الضاغطة التي يتعرض لها الشخص من العمل مع أشخاص تعرضوا لأحداث حياتية صادمة أو مرهقة بشكل كبير (Essary et al., 2020). كما يشير هذا العامل إلى سلوكيات ومشاعر المتابعة الطبيعية التي تحدث بعد معرفة حدث أو تجربة مروعة (Bock et al., 2020). وتشمل أعراض الضغط الناجم عن الصدمة الثانوية الأفكار و/أو المشاعر و/أو السلوكيات السلبية الناجمة عن الوعي بالأحداث الصادمة التي مر بها الآخرون، بالإضافة إلى المشاركة في دعم المصابين بالصدمة. ويمكن أن يعاني الأفراد الذين يعانون من أعراض الضغط الناجم عن الصدمة الثانوية من نفس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Ogińska-Bulik et al., 2021). وقد لوحظ وجود ضغط ثانوي بانتظام في مختلف مهن الرعاية، بما في ذلك التمريض. وهذا النموذج الذي تتبناه الباحثتان في البحث الحالي.

دراسات سابقة:

بناءً على تساؤلات هذا البحث وأهدافه، تم عرض الدراسات التي تناولت متغيرات البحث (التنظيم الانفعالي، والتثقيف الصحي، وجودة الحياة المهنية)، حيث لاحظت الباحثتان دراسة هذه المتغيرات من قبل كثير من الباحثين في ضوء التنبؤ

بها أو ارتباطها أو الفروق بينها ومتغيرات ديموجرافية، وقد تم عرض الدراسات ووفقاً لتسلسلها الزمني من الأقدم إلى الأحدث، كما يلي:

أجرى (Kheiri et al., 2019) دراسة هدفت للتعرف إلى العلاقة بين جودة الحياة والتثقيف الصحي للممرضات. تكونت العينة من (ن = ٢١٧) ممرضة يعملن في مركز القلب في تبريز. وتم تطبيق استبيان جودة الحياة المكون من ٣٦ بنداً، واستبيان التثقيف الصحي للبالغين الإيرانيين، وأظهرت النتائج تمتع غالبية العينة بمستوى جيد من جودة الحياة، ومستوى مقبول من التثقيف الصحي، كذلك وجود ارتباط دال بين الأبعاد المختلفة لجودة الحياة والدرجة الكلية للتثقيف الصحي، بينما لا يوجد ارتباط بين فهم وإدراك التثقيف الصحي مع معظم أبعاد جودة الحياة. كما أظهرت النتائج أن زيادة التثقيف الصحي للممرضات كان له تأثير إيجابي على بعض جوانب جودة حياتهن. ولذلك، يجب على المشرفين على التمريض الاهتمام بالصحة وجودة الحياة أثناء التواصل مع طاقم التمريض، ومحاولة تحسين نوعية حياة الممرضات من خلال تطوير برامج تعليمية وتعزيز التثقيف الصحي لديهن.

وأجرى (Yusefi et al., 2019) دراسة هدفت للتعرف إلى العلاقة بين التثقيف الصحي وجودة الحياة، وذلك على عينة تكونت من (ن = ١٨٥) ممرضاً من المستشفيات باستخدام العينة العشوائية الطبقية. وتم تطبيق استبيان التثقيف الصحي، واستبيان جودة الحياة المكون من ٣٦ بنداً، وأظهرت النتائج أن متوسطات درجات التثقيف الصحي وجودة الحياة كانت مرتفعة، وجود ارتباط دال موجب بين التثقيف الصحي وجودة الحياة، وكانت أبعاد التثقيف الصحي (الوصول، مهارات القراءة، الفهم، وتطبيق المعلومات الصحي) منبئات بجودة الحياة. وجود ارتباط دال كبير بين التثقيف الصحي وكل من العمر والخبرة العملية، وعلاقة العمل لدى الممرضين.

كما أجرى (Baik & Kim, 2020) دراسة هدفت للكشف عن استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية وجودة الحياة المهنية لتحديد العوامل التي تؤثر على جودة

الحياة المهنية لدى ممرضات المستشفيات، وذلك على عينة تكونت من (ن= ١٧٦) ممرضًا وممرضة من العاملين في مستشفى جامعي في سيؤول، وتم جمع البيانات باستخدام استبيان منظم عبر الإنترنت في الفترة من ٣ إلى ١٦ مارس ٢٠٢٠م. وأظهرت النتائج أن استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفي التكيفي أسهمت بنسبة (٥٠%) من رضا المشاركين، وتتباين التعاطف ب ٢٤,٨% من التباين بجودة الحياة المهنية، وكانت المتغيرات التي تؤثر على الإنهاك هي استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفي التكيفي (٤٣,٥%)، واستراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفي غير التكيفي (٤٢,٧%)، والمستوى التعليمي (١٨,٨%)، وكانت القوة التفسيرية ٣٦,٨%. على ذلك، من الضروري تطوير برامج لتحسين جودة الحياة المهنية للممرضات في المستشفيات، مع التركيز على اكتساب استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية التكيفية واستخدام استراتيجيات المواجهة.

وقام (Filabadi et al., 2020) بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين التثقيف الصحي الإلكتروني وجودة الحياة وفعالية الذات بين مواطني طهران، وذلك على عينة تكونت من (ن= ٤٠٠) عميل من عملاء المراكز الصحية المجتمعية التابعة لجامعة شهيد بهشتي للعلوم الطبية، تم تطبيق مقياس للتثقيف الصحي الإلكتروني، وآخر لجودة الحياة، ومقياس لفعالية الذات. وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال بين التثقيف الإلكتروني وجودة الحياة وفعالية الذات، وكذلك وجود ارتباط دال بين كل من بُعد المعرفة الصحية الإلكترونية وجودة الحياة وفعالية الذات.

كما قام (Holt et al., 2020) بدراسة هدفت للكشف عن مستوى التثقيف الصحي لدى طلاب الجامعة وطلاب الدراسات العليا من طلاب التمريض، وذلك لدى عينة قوامها (ن= ٢٢٧) من طلاب الجامعة، و(ن= ١٣٩) طالب وطالبة من الدراسات العليا، وتم تطبيق استبيان التثقيف الصحي، واستمارة البيانات الديموغرافية، وأظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين طلاب الجامعة وطلاب

الدراسات العليا من الممرضين على مستويات التثقيف الصحي، حيث إن مستوى التثقيف الصحي كان أعلى عند طلاب الدراسات العليا، وكذلك وجدت فروق دالة في المتغيرات الديموجرافية بين عيني الدراسة حيث إن مستوى تعليم الوالدين والمهنة كانت أعلى لدى طلاب الدراسات العليا.

ومن بين أهدافه دراسة (Kharatzadeh et al., 2020) الكشف عن مدى فعالية التدريب على التنظيم الانفعالي على جودة الحياة المهنية لممرضات العناية المركزة والحرية، وذلك على عينة تكونت من (ن = ٦٠) ممرضة من ممرضات الرعاية المركزة والحرية تم اختيارهن بشكل عشوائي وتم تطبيق المقاييس التالية: استبيان تنظيم الانفعال المعرفي، ومقياس جودة الحياة المهنية. وأظهرت النتائج تحسناً أكبر في المقاييس الثلاثة لجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغط الثانوي للصدمة).

وأجرى (Rababah et al., 2020) دراسة هدفت إلى تعرف تأثير التثقيف الصحي على بعض الاضطرابات النفسية (الضغط، وأعراض الاكتئاب، والاندفاع) ونوعية حياة طلاب الجامعات، وذلك على عينة تكونت من (ن = ٣١٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة في السنة الرابعة، تم تطبيق مقياس التثقيف الصحي، ومقياس الضغط النفسي المدرك، ومقياس أعراض الاكتئاب والاندفاعية، ومقياس لجودة الحياة، وأظهرت النتائج أن التثقيف الصحي له تأثير سلبي على ثلاثة اضطرابات نفسية يعاني منها عادةً طلاب الجامعات؛ الضغط المدرك، وأعراض الاكتئاب، والاندفاعية. كما أظهرت النتائج وجود تأثير إيجابي للتثقيف الصحي على جودة الحياة.

ومن بين أهداف دراسة (Mohamed et al., 2021) التعرف إلى العلاقة بين تنظيم الانفعال وجودة الحياة المهنية لدى الممرضات. وذلك على عينة تكونت من جميع الممرضات الرئيسيات (عدد = ٢٦) وجميع الممرضات العاملات

(عددهن = ٢٢٢) في مستشفى التأمين الصحي، المنيا، تم تطبيق استمارة البيانات الشخصية، واستبيان تنظيم الانفعال، واستبيان جودة الحياة المهنية، وأظهرت النتائج أن نصف الممرضات الرئيسيات تم تقييمهن بدرجة متوسطة فيما يتعلق بتنظيم الانفعال، وأن نصف الممرضات من طاقم العمل تم تقييمهن بشكل منخفض فيما يتعلق بجودة الحياة المهنية. كما كان هناك ارتباط إيجابي بين تنظيم الانفعال وجودة الحياة المهنية.

وأجرى (Li et al., 2022) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التثقيف الصحي الرقمي وجودة الحياة لدى طلاب الجامعات، وذلك لدى عينة تكونت من (ن = ١١٨١) طالبًا جامعيًا في جينان بالصين، وتم تطبيق استبيان للتثقيف الصحي، وآخر لـ جودة الحياة، وأظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين التثقيف الصحي وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، كما تتبأ التثقيف الصحي بقوة بجودة الحياة.

كما أجرى (Munangatire et al., 2022) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التثقيف الصحي والممارسة الصحية لدى طلاب التمريض بإحدى جامعات ناميبيا: وذلك على عينة تكونت من (ن = ٢٠٥) من طالبات التمريض، وتم تطبيق استبيان التثقيف الصحي، وأظهرت النتائج أن المتوسط العام لمستوى التثقيف الصحي (١٣,٠٤ ± ١,٥٢). كما وُجد أن غالبية الطلاب (ن = ١٥٧؛ ٧٦,٥%) حصلوا على درجات مقبولة في التثقيف الصحي، و ٢١,٥% حصلوا على درجات متوسطة، و ٢% فقط حصلوا على درجات منخفضة في التثقيف الصحي، عدم وجود ارتباط بين التثقيف الصحي والممارسة الصحية.

وقام (Kadović et al., 2023) بدراسة لتقييم القدرة على التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالضغط النفسي في مكان العمل لدى أخصائيين الرعاية الصحية، وذلك لدى عينة تكونت من (ن = ٢٠٣) من أخصائيين الرعاية الصحية العاملين في

مستشفى في جمهورية كرواتيا، وتم تطبيق مقياس الضغوط النفسية لدى العاملين، واستبيان التنظيم الانفعالي، أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى العاملين في مجال الرعاية الصحي بنسبة (٦٤%)، وجود ارتباط سلبي بين الضغوط النفسية والقدرة على تنظيم الانفعال، كما أسهم القمع الانفعالي بنسبة (١١,٢%) من الضغوط النفسية في مجال العمل.

ومن بين أهداف دراسة (Mohamed et al., 2023) تقييم الضغط المهني وتنظيم الانفعال في مكان العمل بين ممرضات الطب النفسي. وذلك على عينة تكونت من (ن = ٧٩) ممرضًا وممرضة في مستشفى بني سويف للصحة النفسية والعقلية، وتم تطبيق استمارة بيانات الخصائص الشخصية والوظيفية، مقياس الضغط المهني للممرضات النفسيات، واستبيان تنظيم الانفعالات. وأظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي قوي بين الضغط المهني وتنظيم الانفعال، أي أن التعرض لمستويات عالية من الضغط المهني كان مرتبطًا بشكل كبير بضعف التنظيم الانفعالي، وأوصت الدراسة بتنفيذ برامج تدخل قائمة على تنظيم الانفعال لتقليل الضغط النفسي وتعزيز الهناء النفسي للممرضات.

وأجرى (Yasami et al., 2023) هذه الدراسة بهدف فحص العلاقة بين التثقيف الصحي الرقمي وجودة الحياة لدى طلاب الجامعات، وذلك على عينة تكونت من (ن = ٢٦٠) طالبًا وطالبة من طلاب كلية الصحة في جامعة سمنان للعلوم الطبية في إيران، وتم تطبيق مقياس التثقيف الصحي الإلكتروني، واستبيان جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية عبر إرسال رابط الاستبيان عبر الإنترنت إلى الطلاب. وأظهرت النتائج أن حوالي ٨٤,٢% من الطلاب لديهم تثقيف صحي كافٍ و ٧٦,٤% منهم كان لديهم مستوى جيد من جودة الحياة، وجود ارتباط دال موجب بين جودة الحياة والتثقيف الإلكتروني وأبعاده (مهارات استخدام الإنترنت، البحث عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت، وطريقة البحث عن المعلومات في الإنترنت).

ومن بين أهداف دراسة (Ibrahim et al., 2024) تعرف مستوى التنقيف الصحي الرقمي لدى طلاب الرعاية الصحية، وذلك لدى عينة تكونت من (٢٤٠) طالباً وطالبة من كلية فاطمة للعلوم الصحية، وتم تطبيق مقياس للتنقيف الصحي الرقمي، وأظهرت النتائج تمتع أفراد العينة بمستويات مرتفعة للتنقيف الصحي الرقمي.

وأجرى (Çiftçi & Tutuk, 2024) دراسة هدفت إلى تعرف العلاقة بين جودة الحياة والتنقيف الصحي لدى الأفراد الذين يترددون على مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، وذلك لدى عينة تكونت من (ن = ٨٠٠) فرد من الأفراد الذين قدموا إلى مركز صحة المجتمع في أغين، تم تطبيق مقياس التنقيف الصحي التركي، ومقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة النسخة المختصرة، وأظهرت النتائج وجود ارتباط كبير وإيجابي بين التنقيف الصحي وجودة الحياة بين الأفراد الذين قدموا إلى مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، كما وجد أن التنقيف الصحي يفسر ٤٦% من التباين في جودة الحياة، وأن التنقيف الصحي لدى المشاركين كان في مستوى كافٍ، وكانت نوعية حياتهم معتدلة، ولوحظ أن الزيادة في التنقيف الصحي أدت إلى تحسن في جودة الحياة.

وأجرى (Gao et al., 2024) دراسة هدفت كشف الدور الذي يؤديه التنقيف الصحي في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لطلاب الجامعات، وذلك على عينة تكونت من (٢٤,٢٣٦) طالباً جامعياً من ثلاث جامعات في جنوب الصين، تم تطبيق مقياس للتنقيف الصحي، ومقياس لجودة الحياة، وأظهرت النتائج أن التنقيف الصحي يمكن أن يؤدي دوراً مهماً وإيجابياً في جودة الحياة، كما أظهرت النتائج أن التنقيف الصحي يعمل على زيادة جودة حياة الطلاب.

ومن بين أهداف دراسة (Özer & Şahin Altun, 2024) تعرف مستوى التنقيف الصحي لدى طلاب التمريض، وذلك على عينة قوامها (ن = ٦٧٦) طالبة تمريض في تركيا، تم تطبيق مقياس التنقيف الصحي في مجال الصحة النفسية، وأظهرت النتائج أن مستويات التنقيف الصحي لدى طالبات التمريض متوسطة.

كما أجرى (Alinejad-Tilaki et al., 2025) هذه الدراسة بهدف فحص العلاقة بين التثقيف الصحي وعلاقتها بالصحة النفسية وجودة الحياة لدى طلاب السنة الأولى في العلوم الطبية. وذلك على عينة تكونت من (ن = 311) طالباً في جامعة بابل للعلوم الطبية في إيران بواقع (٤٥,٥ % من الإناث و٥٤,٥ % من الذكور). وتم تطبيق الاستبيان الديموغرافي، واستبيان التثقيف الصحي، واستبيان الصحة العام، وجودة الحياة النموذج المختصر، وأظهرت النتائج أن ما يقرب من ٦٠ % من الطلاب كان لديهم تثقيف صحي ممتاز، وجود علاقة ارتباطية بين التثقيف الصحي ومتغيرات الجنس ومكان الإقامة، وأشارت النتائج إلى أن التثقيف الصحي، والعمر، والمستوى التعليمي ومكان الإقامة كانت عوامل تنبئ بالصحة النفسية للطلاب، كما أظهرت نتائج اختبار الانحدار أن متغيرات التثقيف الصحي، والعمر، والبرنامج التعليمي، ومكان الإقامة كانت متغيرات تنبئ بالصحة النفسية للطلبة، وأن التثقيف الصحي، والمستوى التعليمي ومكان الإقامة عوامل تنبئ بجودة حياة الطلاب.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

تمكن الباحثان من خلال العرض السابق للدراسات العربية منها والأجنبية من استخلاص بعض النقاط المهمة، كما يلي:

١- اتفقت أغلب الدراسات على وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة المهنية، مثل دراسة كل من (Baik & Kim, 2020; Kharatzadeh et al., 2020; Mohamed et al., 2021)، وأن استراتيجية إعادة التقييم المعرفي تسهم بنسبة إسهام (٥٠ %) من جودة الحياة المهنية، وهو ما يضعه البحث الحالي بعين الاعتبار.

٢- اتفقت معظم البحوث السابقة على وجود علاقة ارتباطية بين التثقيف الصحي وجودة الحياة المهنية، مثل دراسة كل من (Kheiri et al., 2019; Yusefi et al., 2019).

et al., 2019; Rababah et al., 2020; Munangatire et al., 2022; (Alinejad-Tilaki et al., 2025).

٣- اتفقت معظم البحوث السابقة على وجود علاقة ارتباطية بين التثقيف الصحي الرقمي وجودة الحياة، مثل دراسة كل من (Filabadi et al., 2020; Li et al., 2022; Yasami et al., 2023).

٤- تنوعت عينة البحوث السابقة ما بين طلاب جامعة، وطلاب تمريض، وطلاب دراسات عليا، وممرضين مهنيين مما يؤكد اهتمام الباحثين بمتغيرات البحث وعينته.

٥- تباينت مستويات كل من التنظيم الانفعالي، والتثقيف الصحي، وجودة الحياة المهنية بتباين الثقافات فمنهم من يتمتع بمستوى مرتفع، وآخر بمستوى متوسط، وثالث بمستوى منخفض.

٦- أن التثقيف الصحي يختلف باختلاف الخصائص الديموغرافية، ومجال الدراسة، حيث كان النوع ومجال الدراسة لهما التأثير القوي على مستوى التثقيف.

فروض البحث:

أمكن صياغة فروض البحث على النحو الآتي:

١- تختلف مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض.

٢- يُسهم كل من التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي) والتثقيف الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحترق، والضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض.

منهج وإجراءات البحث:

١ - منهج البحث: يعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي (الارتباطي)، تحقيقاً لأهداف البحث وتسأولاته؛ حيث استخدم تحليل الانحدار المتعدد بطريقة Stepwise - الذي يعتمد على معاملات الارتباط - للتحقق من صحة الفرض الثاني؛ لذلك اقتضت طبيعة موضوع الدراسة استخدام ذلك المنهج لجمع المعلومات ومن ثم تحليلها وتفسيرها للتوصل إلى النتائج.

٢ - عينة البحث: انقسمت عينة البحث إلى عينتين فرعيتين هما:

أ- العينة الاستطلاعية: تم اختيار عينة البحث الاستطلاعية بالطريقة القصدية وبلغ عددها (١٢٠) من طلاب وطالبات كلية التمريض (سنة الامتياز)، بنفس مواصفات العينة الأساسية، وتراوح أعمارهم بين (٢٣ - ٢٧) سنة بمتوسط قدره (٢٤,٢٤) سنة، وانحراف معياري قدره $(\pm ١,٢٢)$.

ب- العينة الأساسية: تم اختيار عينة البحث الأساسية بالطريقة القصدية، من طلاب وطالبات كلية التمريض (سنة الامتياز)، وتكونت العينة الكلية للبحث من (ن = ٢٢٠) طالب وطالبة، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٢٣ - ٢٧) بمتوسط عمري قدره (٢٤,٢٩) سنة، وانحراف معياري $(\pm ١,٢٤)$ سنة، وتنقسم العينة وفقاً لمتغير النوع (٧٣ ذكر / ١٤٧ أنثى)، ووفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالدين، وقد أوضح الجدول (١) مواصفات عينة البحث الكلية (ن = ٢٢٠)، وفقاً لمتغيرات: النوع، ومستوى تعليم الوالدين.

جدول (١)

مواصفات عينة البحث وفقاً لمتغيرات: النوع، ومستوى تعليم الوالدين (ن = ٢٢٠)

إجمالي		إناث		ذكور		المتغيرات	
%	عدد	%	عدد	%	عدد		
١٠٠	٢٠	٦٥,٠	١٣	٣٥,٠	٧	أمي	مستوى تعليم الأب
١٠٠	٢	٥٠,٠	١	٥٠,٠	١	ابتدائي	
١٠٠	٥	١٠٠,٠	٥	٠,٠	٠	إعدادي	
١٠٠	٨١	٦٩,١	٥٦	٣٠,٩	٢٥	متوسط دبلوم	
١٠٠	٩	٧٧,٨	٧	٢٢,٢	٢	ثانوي عام	
١٠٠	١٠٣	٦٣,١	٦٥	٣٦,٩	٣٨	جامعي	
١٠٠	٢٢٠	٦٦,٨	١٤٧	٣٣,٢	٧٣	المجموع	
١٠٠	٢١	٥٧,١	١٢	٤٢,٩	٩	أمي	مستوى تعليم الأم
١٠٠	٥	٤٠,٠	٢	٦٠,٠	٣	ابتدائي	
١٠٠	٣	٦٦,٧	٢	٣٣,٣	١	إعدادي	
١٠٠	٩٧	٦٧,٠	٦٥	٣٣,٠	٣٢	متوسط دبلوم	
١٠٠	٩	٨٨,٩	٨	١١,١	١	ثانوي عام	
١٠٠	٨٥	٦٨,٢	٥٨	٣١,٨	٢٧	جامعي	
١٠٠	٢٢٠	٦٦,٨	١٤٧	٣٣,٢	٧٣	المجموع	
٢٤,٢٩						متوسط العمر	
١,٢٤						الانحراف المعياري	

٣- أدوات البحث:

للتحقق من تساؤلات البحث؛ تم توظيف الاختبارات التالية: مقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس التنقيف الصحي، ومقياس جودة الحياة المهنية، وفيما يلي وصف لكل مقياس:

أ- مقياس التنظيم الانفعالي (مصطفى مظلوم، ٢٠١٧م):

يتألف من ٢١ فقرة، موزعة على بُعدين هما: البُعد الأول إعادة التقييم المعرفي ويشمل ١٠ فقرات (١، ٣، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٥، ١٧، ١٩)، والبُعد الثاني: قمع التعبير الانفعالي ويشمل ١١ فقرة (٢، ٤، ٦، ٨، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦،

١٨، ٢٠، ٢١). تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" الخماسي؛ حيث تقدر البدائل (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) بالدرجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على التوالي، ويتم تجميع درجات المبحوث على كل بُعد على حدة، وتشير الدرجة العالية على بُعد إعادة التقييم المعرفي إلى ارتفاع تنظيم الانفعال بشكل إيجابي، والدرجة العالية على بُعد قمع التعبير الانفعالي إلى قصور تنظيم الانفعال (مصطفى مظلوم، ٢٠١٧م، ص ١٧١).

الخصائص السيكومترية لمقياس التنظيم الانفعالي:

قام معد المقياس بالتحقق من صدق المقياس باستخدام صدق المحكمين، والصدق الظاهري، والصدق الذاتي، وصدق المقارنات الطرفية، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق والتجزئة النصفية؛ حيث بلغت معامل ثبات ألفا كرونباخ (٠,٦٠٩) لبُعد إعادة التقييم المعرفي، (٠,٧٢٥) لبُعد قمع التعبير الانفعالي. وبلغ معامل ثبات إعادة التطبيق خلال أسبوعان (٠,٦٥١) لبُعد إعادة التقييم المعرفي، (٠,٨١٤) لبُعد قمع التعبير الانفعالي. وبلغ ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان-بروان" وبمعادلة "جتمان" (٠,٧١٤، ٠,٧٠٥) لبُعد إعادة التقييم المعرفي، (٠,٧٦٤، ٠,٧٥٤) لبُعد قمع التعبير الانفعالي. كما تم التحقق من الاتساق الداخلي بين العبارات وبُعدي المقياس وكانت قيم معاملات الارتباط مرتفعة ودالة عند مستوى (٠,٠١) (مصطفى مظلوم، ٢٠١٧م، ص ص ١٦٩ - ١٧١). كما قامت الباحثتان فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(١) صدق المقياس:

أمكن حساب التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس التنظيم الانفعالي على العينة الاستطلاعية (ن = ١٢٠)، وذلك لكل مقياس فرعي على حدة من مقياسي التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي)، باستخدام طريقة

المكونات الرئيسية لـ "هوتلينج"، ولم يتم تدوير العوامل، ولكن تم الاكتفاء بالمصفوفة العملية قبل التدوير؛ حيث ينظر إلى العامل الأول قبل التدوير على أنه يمثل العامل العام، فإذا تشبعت عليه جميع أو معظم عبارات المقياس تشبعًا دالًا كان هذا مؤشرًا جيدًا على الصدق العملي للمقياس (فرج، ١٩٨٠م، ص ١٥١). وقد أسفرت نتائج المصفوفة العملية قبل التدوير للمقياس الفرعي الأول: إعادة التقييم المعرفي عن أن المصفوفة العملية قد استحوذت على نسبة تباين ارتباطي قدره (٥٢,٦٠٨)، كما بلغ الجذر الكامن للعامل الأول قبل التدوير (٢,٩٥٦)، استقطب نسبة تباين قدرها (٢٩,٥٥٩%) من حجم التباين الارتباطي، كما تشبعت على هذا العامل عبارات المقياس جميعها (وعدها ١٠ فقرات) تشبعًا دالًا وفقًا لمحك "جيلفورد" (٠,٣) فأكثر، وكان أقل تشبع للعبرة رقم (١) وتشبعها (٠,٤٢٣)، وأعلى تشبع للعبرة (١٧) وتشبعها (٠,٦٥٣)، مما يشير إلى صدق مقياس إعادة التقييم المعرفي.

كما أسفرت نتائج المصفوفة العملية قبل التدوير للمقياس الفرعي الثاني: قمع التعبير الانفعالي عن أن المصفوفة العملية قد استحوذت على نسبة تباين ارتباطي قدره (٥٣,٨١٥)، كما بلغ الجذر الكامن للعامل الأول قبل التدوير (٣,١٠٢)، استقطب نسبة تباين قدرها (٢٨,١٩٨%) من حجم التباين الارتباطي، كما تشبعت على هذا العامل عبارات المقياس جميعها (وعدها ١١ فقرات) تشبعًا دالًا وفقًا لمحك "جيلفورد" (٠,٣) فأكثر، وكان أقل تشبع للعبرة رقم (٢٠) وتشبعها (٠,٤٨٥)، وأعلى تشبع للعبرة (٢١) وتشبعها (٠,٦٣٦)، مما يشير إلى صدق مقياس قمع التعبير الانفعالي.

(٢) ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس التنظيم الانفعالي باستخدام طريقة معامل ثبات ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية؛ وذلك لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن= ١٢٠)، وجدول (٢) أوضح ذلك.

جدول (٢)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس التنظيم الانفعالي (ن = ١٢٠)

م	المقياس	عدد الفقرات	ثبات معامل ألفا كرونباخ	الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبُعد وللمقياس	
				معامل الثبات باستخدام معادلة	ر بين النصفين
١	إعادة التقييم المعرفي	١٠	٠,٧٣٢	٠,٧٢٦	"سبيرمان- براون"
٢	قمع التعبير الانفعالي	١١	٠,٧٤١	٠,٧١٣	"جتمان"

بمراجعة الجدول (٢) يتضح أن معامل ثبات ألفا كرونباخ لبُعد إعادة التقييم المعرفي بلغ (٠,٧٣٢)، و(٠,٧٤١) لبُعد قمع التعبير الانفعالي، كما بلغ معامل الثبات بالتجزئة النصفية (٠,٧٢٦) لبُعد إعادة التقييم المعرفي بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة "سبيرمان-براون"، و(٠,٧١٣) لبُعد قمع التعبير الانفعالي بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة "جتمان"، مما يشير إلى أنه ثبات مرتفع ومطمئن.

ب- مقياس التثقيف الصحي: (إعداد Mekawy et al., 2020، ترجمة وتعديل: الباحثين)

يتكون مقياس التثقيف الصحي من ١٦ فقرة، موزعة على بُعدان كل بُعد ٨ فقرات، كما يلي: البُعد الأول التثقيف الصحي الرقمي إعداد (Van der Vaart & Drossaert, 2017) وتعديل (Mekawy et al., 2020) يشمل ٨ فقرات (٢، ٤، ٦، ٨، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦)، والبُعد الثاني التثقيف الصحي العام (إعداد: الباحثان) يشمل ٨ فقرات (١، ٣، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٥)، تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" الخماسي؛ حيث تقدر البدائل (معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على التوالي، وبالتالي يتراوح إجمالي الدرجات بين ١٦ و ٨٠، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى التثقيف الصحي.

الخصائص السيكومترية لمقياس التنقيف الصحي:

يتصف مقياس التنقيف الصحي بخصائص سيكومترية جيدة، سواء في البيئة الأجنبية أم المصرية؛ حيث تم التحقق من صدق بُعد التنقيف الصحي الرقمي باستخدام صدق المحكمين، كما تم التحقق من ثباته باستخدام ثبات معامل ألفا كرونباخ؛ حيث بلغت (٠,٨٨) (Mekawy et al., 2020, p.1269). أما بالنسبة للبيئة المصرية، فقد قامت الباحثتان فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(١) صدق المقياس:

(أ) التحليل العاملي الاستكشافي:

للتحقق من صدق المقياس تم بإجراء التحليل العاملي الاستكشافي، وذلك لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٢٠)، وقبل إجراء التحليل العاملي الاستكشافي تم التحقق من مدى كفاية العينة وذلك باستخدام اختبار كايزر - ماير - أولكن Kaiser-Meyer-Olkin Test (KMO)، وكانت قيمة معامل KMO (٠,٩١٢) وهي قيمة مرتفعة، مما يشير إلى كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العاملي، كما بلغت قيمة اختبار Bartlett (١٢٥٠,١٥٨) وهي دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١)، مما يعني أن مصفوفة الارتباط ليست مصفوفة الوحدة وبالتالي ملائمة المصفوفة للتحليل العاملي، كما تم مراجعة القيم القطرية لمصفوفة الارتباط Anti- Image Matrix والتأكد من أن كل مفردة من مفردات المقياس لا تقل قيمة MSA لها عن (٠,٥)، وبعد التحقق من صحة البيانات لإجراء التحليل العاملي تم وضع فقرات مقياس التنقيف الصحي وعددها (١٦) فقرة في دراسة عاملية باستخدام طريقة المكونات الرئيسية لـ "هوتلينج"، وتم التدوير المتعامد للعوامل، وأسفر نتائج المصفوفة العاملية عن وجود عاملين، وجدول (٣) أوضح ذلك.

جدول (٣)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي بعد التدوير لمقياس التثقيف الصحي (ن = ١٢٠)

م	البنود	العامل الأول	العامل الثاني	قيم الشيوخ
١	٤	أعرف أين يمكنني العثور على مصادر صحية مفيدة على الإنترنت.	٠,٧٩٢	٠,٦٨٣
٢	٦	أعرف كيفية العثور على مصادر صحية مفيدة على الإنترنت.	٠,٧٧٦	٠,٦٨٧
٣	٥	لدي إلمام شامل بأساليب الحماية الذاتية والحماية المتبادلة في ممارسة العمل.	٠,٧٦٤	٠,٧٠٤
٤	٨	أعرف كيف أستخدم الإنترنت للإجابة على أسئلتي حول الصحة.	٠,٦٨١	٠,٦٣٥
٥	١٢	لدي المهارات التي أحتاجها لتقييم المصادر الصحية التي أجدّها على الإنترنت.	٠,٦٧٢	٠,٥٨٤
٦	٧	أتمتع بحس صحي جيد.	٠,٦٤٦	٠,٦٣٨
٧	١٤	أستطيع التمييز بين المصادر الصحية عالية الجودة، والمصادر الصحية منخفضة الجودة على الإنترنت.	٠,٦٤٠	٠,٤٦٨
٨	٢	أعرف ما هي المصادر الصحية المتاحة على الإنترنت.	٠,٦٢٨	٠,٤٦٦
٩	١٠	أعرف كيف يمكنني استخدام المعلومات الصحية التي أجدّها على الإنترنت لمساعدتي.	٠,٥٩٤	٠,٥٩٥
١٠	١٦	أشعر بالثقة في استخدام المعلومات المستفادة من الإنترنت لاتخاذ قرارات صحية.	٠,٥٨٥	٠,٤٦٦
١١	١١	أعرف أن المزيج المتناغم بين المنافسة والتعاون سيجعلني أتقدم بشكل أسرع.	٠,٨٥٣	٠,٧٥٦
١٢	١٥	أفهم ضرر المشاعر السلبية على الصحة.	٠,٧٧٤	٠,٦٩٥
١٣	٩	أهتم بتطوير نمط حياة صحي وحضاري.	٠,٦٨٤	٠,٦٧٨
١٤	١٣	يمكنني التمييز بين المشاعر الإيجابية والسلبية.	٠,٦٧٧	٠,٦٥٥
١٥	٣	أفهم الأضرار وطرق انتقال العدوى والتدابير الوقائية للأمراض المعدية.	٠,٦٤٤	٠,٥٥٧
١٦	١	لدي الوعي والقدرة فيما يتعلق بالاحتياطات الأمنية.	٠,٥٣٤	٠,٤٢٥
الجذر الكامن		٥,٤٥٩	٤,٢٣٤	٩,٦٩٣
نسبة التباين العاملي		٥٦,٣١٨	٤٣,٦٨١	%١٠٠
نسبة التباين الارتباطي		٣٤,١١٧	٢٦,٤٦٠	٦٠,٥٧٧

بمراجعة جدول (٣) يمكن ملاحظة أن المصفوفة العاملية أسفرت عن وجود عاملين، استحوذت على نسبة تباين ارتباطي (٦٠,٥٧٧)، حيث تشبعت على العامل الأول (١٠) فقرات تشبعاً دالاً، حيث تراوحت ما بين (٠,٧٩٢ - ٠,٥٨٥)، وتعتبر أغلبها عن التثقيف الصحي الرقمي فيمكن تسمية (العامل الأول: التثقيف الصحي الرقمي)، وقد تشبعت على العامل الثاني (٦) فقرات تشبعاً دالاً، حيث تراوحت ما بين (٠,٨٥٣ - ٠,٥٣٤)، وتعتبر أغلبها عن التثقيف الصحي العام، فيمكن تسمية (العامل الثاني: التثقيف الصحي العام)، وبالتالي تكون مقياس التثقيف الصحي بعد إجراء التحليل العاملية الاستكشافية من (١٦ فقرة)، موزعة على بُعدين، هما: بُعد التثقيف الصحي الرقمي ويشمل ١٠ فقرات (٤، ٦، ٥، ٨، ١٢، ٧، ١٤، ٢، ١٠، ١٦)، وبُعد التثقيف الصحي العام ويشمل ٦ فقرات (١١، ١٥، ٩، ١٣، ٣، ١).

(ب) التحليل العاملية التوكيدي:

كما أمكن حساب التحليل العاملية التوكيدي للتأكد من صدق النموذج في البيئة المصرية لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٢٠)، فقد تم التأكد من مطابقة النموذج، وذلك بالاعتماد على مؤشرات المطابقة. وفيما يلي جدول (٤) قيم مؤشرات حسن المطابقة لأنموذج التحليل العاملية التوكيدي للمقياس.

جدول (٤)

قيم مؤشرات حسن المطابقة لأنموذج التحليل العاملية التوكيدي للمقياس (ن = ١٢٠)

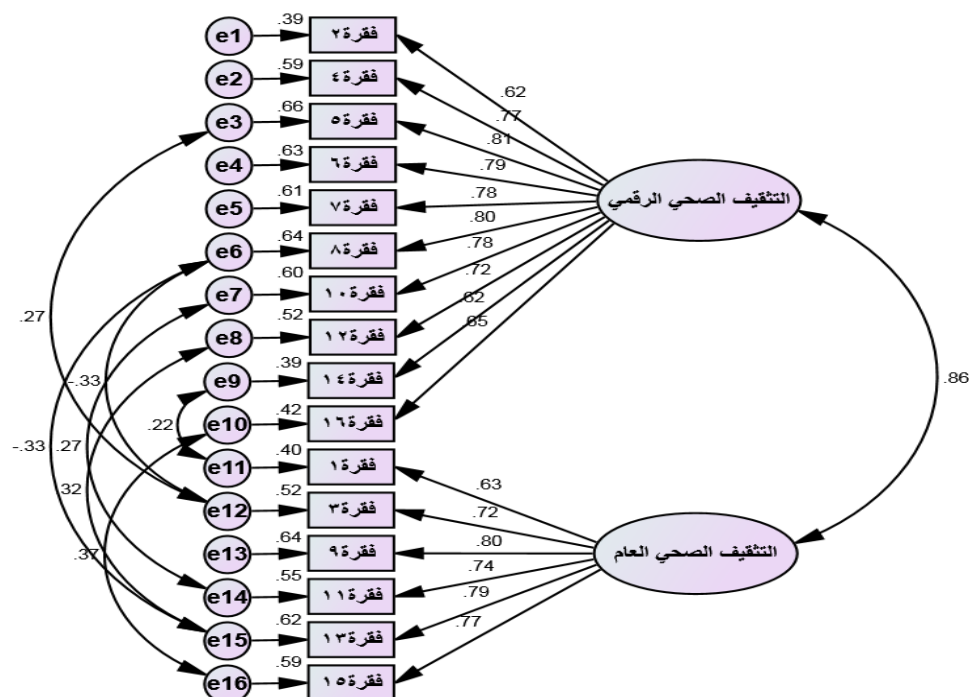
المؤشر	القيمة الفعلية	المعايير المقبولة
كاي تربيع (Chi-squared)	كاي تربيع = ١٦٤,٢١٤ درجات الحرية = ٩٦ ومستوى الدلالة = ٠,٠٠٠	أن تكون قيمة كاي تربيع غير دالة إحصائياً
كاي تربيع/ درجات الحرية (Chi-squared/df)	١,٧١١	أن تكون القيمة أقل من ٥
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٩٤٣	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠

المعايير المقبولة	القيمة الفعلية	المؤشر
أن تكون القيمة أقل من أو تساوي ٠,٠٨	٠,٠٧٧	الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقارب (RMSEA)
أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠	٠,٩٢٩	مؤشر تاكر- لوييس (TLI)
أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠	٠,٩٤٤	مؤشر المطابقة التزايد (IFI)

بمراجعة الجدول (٤) يمكن ملاحظة أن قيم مؤشرات حسن المطابقة كانت جيدة وتقع ضمن الحدود المقبولة، مما يدل على مطابقة نموذج القياس للبيانات الفعلية، ومما يؤكد تحقق الصدق البنائي لمقياس التثقيف الصحي، ويوضح الشكل (١) نموذج التحليل العاملي التوكيدي للمقياس.

شكل (١)

نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس التثقيف الصحي لعينة البحث (ن = ١٢٠)



(٢) ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس التثقيف الصحي باستخدام طريقة معامل ثبات ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية؛ وذلك لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن= ١٢٠)، وجدول (٥) أوضح ذلك.

جدول (٥)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس التثقيف الصحي (ن= ١٢٠)

م	المقياس	عدد الفقرات	ثبات معامل ألفا كرونباخ	الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبُعد وللمقياس	
				معامل الثبات باستخدام معادلة	ر بين النصفين
١	التثقيف الصحي الرقمي	١٠	٠,٩٢٠	٠,٨٨٦	"سبيرمان- براون"
٢	التثقيف الصحي العام	٦	٠,٨٧٦	٠,٨٥٩	"سبيرمان- براون"
	الدرجة الكلية للتثقيف الصحي	١٦	٠,٩٤٢	٠,٩٢٠	"سبيرمان- براون"

بمراجعة الجدول (٥) يتضح أن معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس التثقيف الصحي بلغ (٠,٩٢٠، ٠,٨٧٦) لبُعدي للتثقيف الرقمي والعام على التوالي وبلغ (٠,٩٤٢) للدرجة الكلية، كما بلغ معامل الثبات بالتجزئة النصفية للبُعدين (٠,٨٨٦، ٠,٨٥٩) على التوالي بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة "سبيرمان-براون"، وبلغ (٠,٩٢٠) للدرجة الكلية للمقياس، مما يشير إلى أنه ثبات مرتفع ومطمئن.

ج- مقياس جودة الحياة المهنية: (إعداد Stamm, 2009، ترجمة: الباحثين)

عبارة عن تقرير ذاتي، يتألف من (٣٠) فقرة موزعة على ٣ مقاييس فرعية، كل مقياس ١٠ فقرات (Bo, STS, CS)، كل فقرة تقيم عدد المرات التي عانى فيها المستجيب من الأعراض خلال الثلاثين يوماً الماضية، مقياس الرضا عن التعاطف

Compassion Satisfaction Scale (٣، ٦، ١٢، ١٦، ١٨، ٢٠، ٢٢، ٢٤، ٢٧، ٣٠)، ومقياس الاحتراق Burnout Scale (١، ٤، ٨، ١٠، ١٥، ١٧، ١٩، ٢١، ٢٦، ٢٩)، ومقياس الضغوط الثانوية للصدمة Secondary Traumatic Stress Scale (٢، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٤، ٢٣، ٢٥، ٢٨). تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" الخماسي؛ حيث تقدر البدائل (أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، كثيراً جداً) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على التوالي، وتعكس التقديرات في البنود السلبية المتضمنة في البنود (١، ٤، ١٥، ١٧، ٢٩)؛ حيث تقدر البدائل (أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، كثيراً جداً) بالدرجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على التوالي، وبالتالي يتراوح إجمالي الدرجات على كل مقياس بين ١٠ و ٥٠، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الرضا عن التعاطف والاحتراق وضغوط الصدمة الثانوية. وتُقيم وفقاً لمؤشر تصنيف شدتها، حيث يتم تفسير الدرجات على النحو التالي: ٢٢ فأقل (متدني)، وما بين ٢٣ و ٤١ (متوسط)، و ٤٢ فأكثر (مرتفع).

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة المهنية:

يتصف مقياس جودة الحياة المهنية بخصائص سيكومترية جيدة، سواء في البيئة الأجنبية أم المصرية؛ حيث تم التحقق من الصدق البنائي للمقياس في أكثر من ٢٠٠ بحث منشور، وأكثر من ١٠٠ ألف مقالة على الإنترنت، مثل دراسة (Geoffrion et al., 2019) حيث توصلت نتائجها إلى أحادية أبعاد مقياس جودة الحياة المهنية مع السماح باستخدام كل مقياس فرعي على حدة، كما تم التحقق من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث بلغ معامل الثبات للمقاييس الثلاثة الرضا عن التعاطف، والاحتراق، وضغوط الثانوية للصدمة (٠,٨٨، ٠,٧٥، ٠,٨١) على التوالي (Stamm, 2010). أما بالنسبة للبيئة المصرية، فقد قامت الباحثتان فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(١) صدق المقياس:

أمكن حساب التحليل العاملي التوكيدي لمقياس جودة الحياة المهنية للتأكد من صدق النموذج لكل عامل على حدة في البيئة المصرية لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٢٠)، وذلك بالاعتماد على مؤشرات حسن المطابقة. وفيما يلي جدول (٦) قيم مؤشرات حسن المطابقة النماذج الأحادية لأبعاد مقياس جودة الحياة المهنية.

جدول (٦)

قيم مؤشرات حسن المطابقة النماذج الأحادية لأبعاد مقياس جودة الحياة المهنية
(ن = ١٢٠)

المؤشر الأبعاد	كاي تربيع	درجات الحرية	كاي تربيع/ درجات الحرية	الدالة	CFI	RMSER	TLI	GFI	IFI
الرضا عن التعاطف	٦١,٥٤٢	٣٥	١,٧٥٨	٠,٠٠٤	٠,٩٤٢	٠,٠٨٠	٠,٩٢٦	٠,٩٠٦	٠,٩٤٤
الاحترق	٤١,١٩٥	٢٦	١,٥٨٤	٠,٠٣٠	٠,٩٤٦	٠,٠٧٠	٠,٩٠٧	٠,٩٣٨	٠,٩٥٠
الضغوط الثانوية للصدمة	٤٥,٢١٠	٣٢	١,٤١٣	٠,٠٦١	٠,٩٤٥	٠,٠٥٩	٠,٩٢٢	٠,٩٣٤	٠,٩٤٧

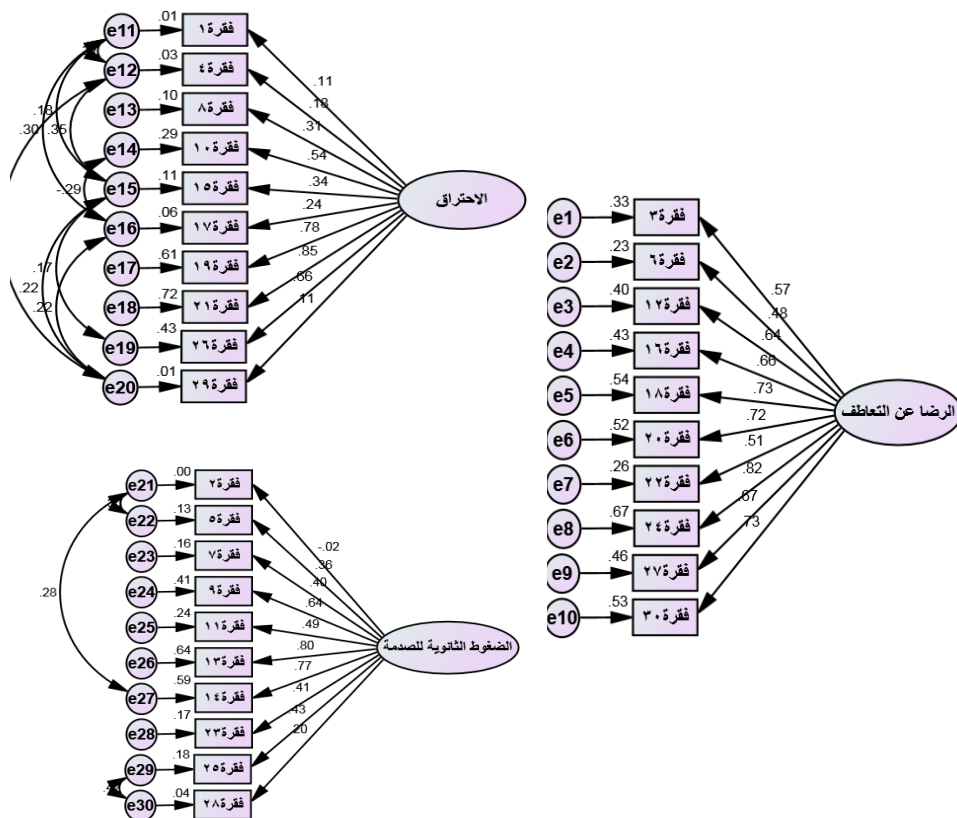
كاي تربيع (Chi-squared)، كاي تربيع/ درجات الحرية (Chi-squared/df)، مؤشر المطابقة المقارن (CFI)، الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقارب (RMSER)، مؤشر تاكر-لويس (TLI)، مؤشر حسن المطابقة (GFI)، مؤشر المطابقة التزايد (IFI).

بمراجعة الجدول (٦) يمكن ملاحظة أن قيم مؤشرات حسن المطابقة كانت جيدة وتقع ضمن الحدود المقبولة لكل بُعد من أبعاد مقياس جودة الحياة المهنية، مما يدل على مطابقة نموذج القياس للبيانات الفعلية، ومما يؤكد تحقق الصدق البنائي للمقياس، ويوضح الشكل (٢) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس جودة الحياة المهنية لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٢٠).

شكل (٢)

أنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس جودة الحياة المهنية

(ن = ١٢٠)



(٢) ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة المهنية باستخدام طريقتين، هما:
طريقة ثبات معامل ألفا كرونباخ، وطريقة ثبات التجزئة النصفية، وذلك لدى عينة
البحث الاستطلاعية (ن = ١٢٠)، وجدول (٧) أوضح ذلك.

جدول (٧)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة اليومية (ن = ١٢٠)

م	المقياس	عدد الفقرات	ثبات معامل ألفا كرونباخ	الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد وللمقياس	
				معامل الثبات باستخدام معادلة	ر بين النصفين
١	الرضا عن التعاطف	١٠	٠,٨٨٢	٠,٨٩٨	"سبيرمان- براون"
٢	الاحترق	١٠	٠,٧٦٩	٠,٧٣٣	"سبيرمان- براون"
٣	الضغوط الثانوية للصدمة	١٠	٠,٧٥٠	٠,٧١٧	"سبيرمان- براون"

بمراجعة الجدول (٧) يتضح أن معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المهنية تراوح ما بين (٠,٧٥٠ - ٠,٨٨٢) للأبعاد، كما تراوح معامل الثبات بالتجزئة النصفية للأبعاد (٠,٧١٧ - ٠,٨٩٨) بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة "سبيرمان- براون"، مما يشير إلى أنه ثبات مرتفع ومطمئن.

٤- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

أ- الإحصاء الوصفي كالتكرارات والنسب المئوية لوصف عينة البحث، وكذلك استخدام الإحصاء الوصفي كالمدة، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري للمتوسط، والالتواء skewness والتقلطح kurtosis؛ للتحقق من اعتدالية التوزيع عينة البحث الحالي.

ب- التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis - EFA بطريقة المكونات الرئيسية لـ "هوتلينج" لحساب الصدق العاملي للمقاييس.

ج- التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis - CFA بطريقة الاحتمال الأقصى للتحقق من الصدق العاملي للمقاييس.

د- معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، لحساب ثبات المقاييس.

هـ - تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Linear Regression Analysis؛
للتحقق من صحة الفرض الثاني.

نتائج البحث ومناقشتها:

قبل عرض نتائج البحث تم استخدام الإحصاء الوصفي، والذي يشمل:
المدى، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والخطأ المعياري للمتوسط،
والالتواء، والتفطح، على متغيرات البحث الحالي؛ للتحقق من اعتدالية توزيع درجات
عينة البحث الحالي، وجدول (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨)

الإحصاء الوصفي لدرجات عينة البحث الكلية (ن = ٢٢٠) على مقاييس:

التنظيم الانفعالي، والتثقيف الصحي، وجودة الحياة المهنية

المتغيرات	المدى	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	الالتواء	التفطح
التنظيم الانفعالي	إعادة التقييم المعرفي	٢٨	٥٠	٣٨,٣٠	٥,٥٥٥	٣,٧٥	١٩٤-	٣٦٦-
	قمع التعبير الانفعالي	٣٩	١٦	٣٧,٧٧	٦,١٥٦	٤,١٥	٢٢٦	١,٣٠٠
التثقيف الصحي	التثقيف الصحي الرقمي	٤٠	١٠	٣٧,١٠	٧,١١٨	٤,٨٠	٦٨٢-	١,٣٥٠
	التثقيف الصحي العام	٢٤	٦	٢٣,٠٩	٤,٤١٩	٢,٩٨	١,٠٣٣	١,٨٤١
	الدرجة الكلية للتثقيف الصحي	٦٤	١٦	٦٠,١٩	١٠,٩٤٢	٧,٣٨	٨٥٣-	٢,٠٦٠
جودة الحياة المهنية	الرضا عن التعاطف	٤٠	١٠	٣٩,٥٥	٧,٦٢٥	٥,١٤	٧٢٢-	٥٣٤
	الاحترق	٣٩	١٠	٣٤,٧١	٦,١٢٢	٤,١٣	٤٨٧-	١,٣١٦
	الضغط الثانوية للخدمة	٣٨	١٠	٣١,٥٣	٦,٠٩١	٤,١١	٢٩٥-	٦٩٣

يتضح من جدول (٨) أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم الالتواء والتقلطح جميعها موزعة توزيعاً اعتدالياً في متغيرات البحث الحالي؛ حيث لم يزد الالتواء عن $1,96 \pm$ ، في حين لم يزد التقلطح عن $2,07 \pm$ في جميع متغيرات البحث، وبناءً على ذلك تم استخدام الأساليب الإحصائية البارامترية، وفيما يلي عرض نتائج البحث ومناقشتها.

١ - تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "تختلف مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، الاحتراق، الضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للوزن النسبي لأبعاد جودة الحياة المهنية لدى طلاب كلية التمريض، وجدول (٩) أوضح ذلك.

جدول (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للوزن النسبي لأبعاد جودة الحياة المهنية لدى طلاب كلية التمريض (ن = ٢٢٠).

م	جودة الحياة المهنية	المتوسط الحسابي للوزن النسبي	الانحراف المعياري للوزن النسبي	الوزن النسبي %	مستوى جودة الحياة المهنية	الترتيب
١-	الرضا عن التعاطف	٣,٩٥	٠,٧٩	٧٩	مرتفع	١
٢-	الاحتراق	٣,٤٧	٠,٦٩	٦٩	مرتفع	٢
٣-	الضغوط الثانوية للصدمة	٣,١٥	٠,٦٣	٦٣	متوسط	٣

٦٨ - ٨٤ مرتفع.

٥٢ - ٦٨ متوسط.

يتضح من جدول (٩) اختلاف مستويات أبعاد جودة الحياة المهنية لدى طلاب كلية التمريض؛ حيث وجد أن بُعد الرضا عن التعاطف احتل المركز الأول بالنسبة لمستوى جودة الحياة المهنية لدى طلاب كلية التمريض بمتوسط حسابي قدره (٣,٩٥) ونسبة مئوية قدرها (٧٩%) تلاه في الترتيب الثاني بُعد الاحتراق بمتوسط حسابي قدره (٣,٤٧) بنسبة مئوية قدرها (٦٩%)، وجاء في الترتيب الثالث بُعد الضغوط الثانوية للصدمة بمتوسط حسابي قدره (٣,١٥) بنسبة مئوية قدرها (٦٣%).

ويمكن تفسير هذه النتائج إن جودة الحياة المهنية تعد جزءاً مهماً من تجربة الموظفين. وتؤثر بيانات العمل المختلفة على نوعية الحياة وتؤثر الضغوط المهنية تأثيراً خطيراً على صحة الأفراد ونوعية حياتهم (Zarei et al., 2014). ويعتبر الممرضون والممرضات من أهم ركائز قطاع الرعاية الصحية التي تقع على عاتقهم مهام جسيمة مثل الرعاية النفسية والجسدية للمريض، حيث تؤدي هذه المهام دوراً مهماً في تطور الاضطرابات الجسمية والنفسية في حالة عدم مراعاة مبادئ السلامة والراحة (Nasiry Zarrin Ghabaee et al., 2016). من المهم مراعاة صحة وجود حياة الممرضين والممرضات والحفاظ على صحة هذه الفئة كغيرهم من أفراد المجتمع (Marzban et al., 2016). ومن المهم أن يكون الموظفون راضين عن جودة حياة العمل في مكان عملهم (Kanten & Sadullah, 2012). وإن مفهوم جودة الحياة المهنية متعدد الأبعاد، نسبي ويتأثر بالزمان والمكان والقيم الشخصية والاجتماعية (Saraji & Dargahi, 2006).

٢- تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أن: "يُساهم كل من التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي)، والتثقيف الصحي في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف، والاحتراق، والضغوط الثانوية للصدمة) لدى طلاب كلية التمريض"؛ وللتحقق من صحة الفرض الثاني تم استخدام تحليل الانحدار

الخطي المتعدد Stepwise Multiple Linear Regression Analysis بطريقة؛
للتحقق من إمكانية التنبؤ بأبعاد جودة الحياة المهنية: (الرضا عن التعاطف،
والاحترق، والضغوط الثانوية للصدمة) من خلال دراسة إسهام كل بُعدي التنظيم
الانفعالي: (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي) والتثقيف الصحي، والتي
تمثل المتغيرات المستقلة لأداء عينة البحث (ن = ٢٢٠)، والجدول (١٠) يوضح نتائج
الفرض الثاني.

جدول (١٠)

نتيجة تحليل الانحدار للمتغيرات المستقلة التي لها إسهام في التنبؤ بجودة الحياة المهنية
لدى طلاب كلية التمريض ويتم وضعها في معادلة الانحدار (ن = ٢٢٠).

المتغير التابع	المتغير المستقل	ر	ر ^٢	نسبة الإسهام	ف	دلالة ف	Unstand. Coeff. B	Stand. Coeff. Beta	قيمة "ت"	الدلالة
الرضا عن التعاطف	(a)	Constant	٠,٥٣	٠,٢٩	٨٦,٨٣	٠,٠٠١	١٧,١٦	٢,٤٤	٧,٠٣	٠,٠٠١
		التثقيف الصحي (كلي)		%٢٩			٠,٣٧٢	٠,٥٣٤	٩,٣٢	٠,٠٠١
		Constant	٠,٥٩	٠,٣٥	٥٩,١٩	٠,٠٠١	٠,٣٢٢	٠,٠٣٩	٨,١٦	٠,٠٠١
	(b)	التثقيف الصحي (كلي)		%٣٥			٠,٣٧٢	٠,٠٧٨	٤,٧٨	٠,٠٠١
		إعادة التقييم المعرفي					٠,٣٧٢	٠,٢٧١	٤,٧٨	٠,٠٠١
		Constant	٠,٦١	٠,٣٧	٤٣,٠٥	٠,٠٠١	٤,٥٨	٣,٣٠	١,٣٩	٠,٠٠١
	(c)	التثقيف الصحي (كلي)		%٣٧			٠,٠٨٥	٠,٠٩٦	٠,٨٨٢	٠,٠٠١
		إعادة التقييم المعرفي					٠,٣٩٩	٠,٠٧٧	٥,١٦	٠,٠٠١
		التثقيف العام					٠,٦٣٢	٠,٢٣٤	٢,٧٠	٠,٠٠١
	(d)	Constant	٠,٦١	٠,٣٧	٦٤,٢٥	٠,٠٠١	٤,٧٤	٣,٢٩	١,٤٤	٠,٠٠١
		إعادة التقييم المعرفي		%٣٧			٠,٤١٥	٠,٠٧٥	٥,٥١	٠,٠٠١
		التثقيف الصحي العام					٠,٨٢٠	٠,٠٩٥	٨,٦٧	٠,٠٠١
الاحترق	(a)	Constant	٠,٣١	٠,٠٩٧	٢٣,٣٩	٠,٠٠١	٢٤,٢٣	٢,٢٠	١٠,٩٩	٠,٠٠١
		التثقيف الصحي (كلي)		%٩,٧			٠,١٧٤	٠,٠٣٦	٤,٨٤	٠,٠٠١
الضغوط الثانوية للصدمة	(a)	Constant	٠,١٥	٠,٠٢٤	٥,٣٥	٠,٠٠٥	٢٥,٧٤	٢,٥٣	١٠,١٦	٠,٠٠١
		قمع التعبير الانفعالي		%٢,٤			٠,١٥٣	٠,٠٦٦	٢,٣١	٠,٠٠٥

يتضح من جدول (١٠) ما يلي:

أ- بُعد الرضا عن التعاطف: لم يظهر في نموذج بُعد التنظيم الانفعالي (قمع التعبير الانفعالي) وبُعد التثقيف الصحي (التثقيف الصحي الرقمي) كمتغيرات مستقلة؛ لضعف تأثيرهما في بُعد الرضا عن التعاطف كمتغير تابع، بينما يوجد متغيران مستقلان: (إعادة التقييم المعرفي، التثقيف الصحي العام) لهما قدرة تنبؤية بدرجة بُعد الرضا عن التعاطف لدى طلاب كلية التمريض، وكانت معاملات الانحدار للمتغيرات المستقلة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وقيمة "ف" للمتغيرين المستقلين دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في بُعد الرضا عن التعاطف؛ مما يشير إلى دلالة تأثير المتغيرين المستقلين في المتغير التابع، ومما يشير كذلك إلى دلالة المعادلة التنبؤية (درجة بُعد الرضا عن التعاطف = $٠,٤١٥ + ٠,٧٤ \times$ درجة إعادة التقييم المعرفي + $٠,٨٢٠ \times$ درجة التثقيف الصحي العام) ويُعد متغير إعادة التقييم المعرفي من أكثر المتغيرات تأثيراً في بُعد الرضا عن التعاطف، وقد تلا هذا المتغير في التأثير في درجة بُعد الرضا عن التعاطف التثقيف الصحي العام؛ حيث أسهما بنسبة ٣٧% في تباين درجة البُعد.

ب- بُعد الاحتراق: لم يظهر في الأنموذج بُعدي التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، قمع التعبير الانفعالي)، وبُعدي التثقيف الصحي (التثقيف الصحي الرقمي والتثقيف الصحي العام) كمتغيرات مستقلة؛ لضعف تأثيرهما في بُعد الاحتراق كمتغير تابع، بينما يوجد متغير مستقل: (الدرجة الكلية للتثقيف الصحي) لها قدرة تنبؤية بدرجة بُعد الاحتراق لدى طلاب كلية التمريض، وكانت معاملات الانحدار للمتغير المستقل دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وقيمة "ف" للمتغير المستقل دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في بُعد الاحتراق؛ مما يشير إلى دلالة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، ومما يشير كذلك إلى دلالة المعادلة التنبؤية (درجة بُعد الاحتراق = $٢٤,٢٣ + ٠,١٧٤ \times$ درجة الدرجة الكلية للتثقيف

الصحي) وتُعد الدرجة الكلية للتثقيف الصحي من أكثر المتغيرات تأثيرًا في بُعد الاحتراق؛ حيث أسهم بنسبة ٩,٧% في تباين درجة البُعد.

ج- بُعد الضغوط الثانوية للصدمة: لم يظهر في النموذج بُعد التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي)، وبُعدي التثقيف الصحي (التثقيف الصحي الرقمي، التثقيف الصحي العام)، والدرجة الكلية للتثقيف الصحي كمتغيرات مستقلة؛ لضعف تأثيرهما في بُعد الضغوط الثانوية للصدمة كمتغير تابع، بينما يوجد متغير مستقل: (قمع التعبير الانفعالي) لها قدرة تنبؤية بدرجة بُعد الضغوط الثانوية للصدمة لدى طلاب كلية التمريض، وكانت معاملات الانحدار للمتغير المستقل دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وقيمة "ف" للمتغير المستقل دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في بُعد الضغوط الثانوية للصدمة؛ مما يشير إلى دلالة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، ومما يشير كذلك إلى دلالة المعادلة التنبؤية (درجة بُعد الضغوط الثانوية للصدمة = ٢٥,٧٤ + ٠,١٥٣ × درجة قمع التعبير الانفعالي) وتُعد درجة قمع التعبير الانفعالي من أكثر المتغيرات تأثيرًا في بُعد الضغوط الثانوية للصدمة؛ حيث أسهم بنسبة ٢,٤% في تباين درجة البُعد.

توصلت نتائج الفرض الثاني إلى وجود إسهام لبُعد التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي)، وبُعد التثقيف الصحي (التثقيف الصحي العام) في التنبؤ بجودة الحياة المهنية (الرضا عن التعاطف)، ووجود إسهام للتثقيف الصحي (درجة كلية) في التنبؤ ببُعد الاحتراق، وأيضًا وجد إسهام لبُعد التنظيم الانفعالي (قمع التعبير الانفعالي) ببُعد الضغوط الثانوية للصدمة. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (Baik, 2020; Kharatzadeh et al., 2020; Mohamed et al., 2021; Kim, 2020; Kheiri et al., 2019; Yusefi et al., 2019; Rababah et al., 2025; Alinejad-Tilaki et al., 2022; Munangatire et al., 2020;) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة المهنية. ونتائج دراسة كل من (Kheiri et al., 2019; Yusefi et al., 2019; Rababah et al., 2025; Alinejad-Tilaki et al., 2022; Munangatire et al., 2020;)

التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين التثقيف الصحي وجودة الحياة المهنية. بينما تختلف مع نتائج دراسة كل من (Filabadi et al., 2020; Li et al., 2022;)، التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين التثقيف الصحي الرقمي وجودة الحياة.

ويمكن تفسير هذه النتائج بأنه غالبًا ما يُعتبر التمريض مهنة مرهقة للغاية (Suresh et al., 2013) مقارنة بطلاب الجامعات في التخصصات الأخرى، حيث يؤثر ارتفاع مستوى الضغط في هذه الوظيفة على الصحة البدنية والنفسية للمرضى (Wu et al., 2010). وهناك الكثير من الضغوطات في مكان العمل في التمريض مثل التعرض المستمر للمرضى، والمسؤولية تجاه المرضى، والعمل في المجال الإكلينيكي، ورؤية المرضى المحتضرين، ونقص المرافق الضرورية في مكان العمل، وعدم القدرة على التنبؤ ببعض المواقف (Jafary et al., 2015)، والمشاكل العائلية، والصراع في مكان العمل، وقلة عدد العاملين وضعف العمل الجماعي (Kane, 2009). وعادة ما ينبع هذا الضغط النفسي من زيادة أعباء المقررات الدراسية، والمتطلبات الأكاديمية الأعلى، وعدم الثقة بشأن التطلعات المهنية المستقبلية، والتوقعات الاجتماعية، وأهداف الإنجاز الشخصي (Berdida, 2023; Toqan et al., 2023; Pasquet, 2023). وإن الانفعال جزء من الحياة اليومية لجميع الأشخاص، بما في ذلك مقدمي الرعاية للمرضى، وعندما لا تتوافق الانفعال مع الظروف، تظهر الحاجة إلى ضبطها. وبما أن تنظيم الانفعال جزء أساسي من حياة الشخص، فإن أي خلل في تنظيم الانفعال يمكن أن يؤدي إلى أضرار نفسية.

حيث يواجه طلاب التمريض غالبًا مستويات أعلى من الضغط والمشاعر السلبية التي تتطلب مزيدًا من الانتباه (Admi et al., 2018; Tung et al., 2021; Zhu et al., 2018). واستراتيجيات تنظيم الانفعال ضرورية لطلاب التمريض للتعامل مع الضغوط في حياتهم الأكاديمية (Costa et al., 2022). في

طلاب المرحلة الجامعية، يرتبط تنظيم المشاعر السلبية بزيادة الأمراض النفسجسمية وانخفاض الرفاهية، مثل الأرق، واضطرابات الأكل، والقلق، والاكتئاب، وحتى سلوكيات إيذاء النفس؛ في حين يمكن لاستراتيجيات تنظيم الانفعال الإيجابية أن تقلل بفعالية من المشاعر السلبية ومخاطر إيذاء النفس، ولها تأثيرات إيجابية على صحتهم الجسمية، والنفسية، وأدائهم الأكاديمي، وتفاعلهم الاجتماعي (Kirwan et al., 2017; Ewing et al., 2019; Casagrande et al., 2020; McRae & Gross, 2020; Zhu et al., 2022; Mao et al., 2022). لذلك، فإن فهم الوضع الحالي والعوامل المرتبطة بتنظيم الانفعال لدى طلاب التمريض الجامعيين يصبح قضية حاسمة للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية للطلاب.

كما يمر الطلاب بمرحلة حرجة تتسم بتغيرات سريعة في الهوية النفسية والاجتماعية (Wilt et al., 2016)، لا سيما طلاب الجامعات الذين يواجهون تحديات وضغوطات فريدة من نوعها، خاصةً مع انتقالهم من الحياة الطلابية إلى أدوار مجتمعية (Baez-Lugo et al., 2023). يمكن أن يؤدي سوء إدارة الانفعالات إلى حالات سلبية طويلة الأمد، مما يضعف الوظائف الإدراكية، ويظهر ذلك في شكل بطء في التفكير، وانخفاض قوة الإرادة، من بين مشاكل أخرى (Willroth et al., 2020). وقد أصبحت القدرة على إدارة الانفعالات نقطة محورية في الأبحاث التي يجريها علماء النفس على مستوى العالم، لا سيما استكشاف عوامل تأثيرها المتعلقة بالصحة (Zhang et al., 2021).

كما يمكن تفسير هذه النتائج بأنه يمكن للمهنيين الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من التثقيف الصحي أن يحموا ويعززوا ليس فقط صحتهم النفسية ولكن أيضًا الصحة النفسية للأفراد من حولهم. كما يمكنهم أيضًا اكتشاف المشاكل النفسية لهؤلاء الأشخاص في مرحلة مبكرة، وبالتالي يمكنهم تقديم العلاج والرعاية المناسبة في الفترة المبكرة من الاضطراب ويمكنهم القيام بتدخلات فردية واجتماعية للحد من سلوك

الوصم وتطوير مواقف وسلوكيات إيجابية تجاه سلوكيات طلب المساعدة المهنية (Kelly et al., 2007; Reavley & Jorm, 2011). وفي ضوء هذه المعلومات، يُعتقد أن التثقيف الصحي يمكن أن يعزز الصحة النفسية للأفراد ويزيد من قدرتهم على المواجهة. وتسمح زيادة مستويات التثقيف الصحي للأفراد بالاطلاع على تشخيص حالتهم الصحية وعلاجها، والمشاركة في العملية من خلال إظهار استجابات إيجابية، وفهم الخدمات المقدمة وجودتها بدقة (Catı et al., 2018; Nutbeam & Lloyd, 2021).

التوصيات:

في ضوء ما توصل إليه البحث الحالي، توصي الباحثتان بما يلي:

- ١- إجراء حلقات عمل ودورات تدريبية تركز على تقنيات التنفس، والتأمل، وإدارة الضغوط لدى طلاب التمريض لتنمية قدراتهم على مواجهة وحل المشكلات الناتجة عن الأحداث الضاغطة.
- ٢- إجراء حلقات نقاش حول التثقيف الصحي، وكيفية اكتسابه لدى طلاب التمريض مما يؤثر إيجابياً على تنظيم الانفعال وجودة الحياة العملية.
- ٣- تطوير برنامج للتدريب المستمر على التثقيف الصحي العام والرقمي للمساعدة على تنشيط المعلومات وتحسين المهارات التي تعزز من جودة الرعاية الصحية.
- ٤- الحاجة إلى إنشاء دعم مؤسسي فعال يهدف إلى الحد من الضغط وتعزيز التعاطف لدى أخصائيي الرعاية الصحية.
- ٥- تنفيذ برامج تدخل قائمة على تنظيم الانفعال لتقليل الضغط النفسي الأكاديمي لطلاب التمريض.
- ٦- تطوير دورات تأهيلية تعزز تنظيم الانفعال الذي بدوره يعزز جودة الحياة المهنية لدى الممرضين.

البحوث المقترحة:

- ١- اليقظة العقلية كمتغير وسيط بين تنظيم الانفعال وجودة الحياة المهنية لدى طلاب التمريض.
- ٢- الإسهام النسبي للثقف الرقمي وتنظيم الانفعال في التنبؤ بالإنجاز الأكاديمي لدى عينة من المراهقين.
- ٣- الصمود النفسي وعلاقته بالتنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى عينة من طلبة الامتياز بكلية التمريض.
- ٤- الدور الوسيط للتنظيم الانفعالي في العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والاحترق الوظيفي لدى عينة من الهيئة المعاونة بالتمريض.

المراجع

- صفوت فرج. (١٩٨٠). *التحليل العاملي في العلوم السلوكية* (ط. ٢). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مصطفى مظلوم. (٢٠١٧). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة "دراسة سيكومترية - كLINيكية". *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، (٨٢)، ٢١٢-١٤٣.
- وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات (٢٠٢٤). *تقرير موجز عن مؤشرات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات*، مصر، عدد ديسمبر، ص ٢-٣.
- Admi, H., Moshe-Eilon, Y., Sharon, D., & Mann, M. (2018). Nursing students' stress and satisfaction in clinical practice along different stages: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 68, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.027>
- Alhamed, A. (2023). The link among academic stress, sleep disturbances, depressive symptoms, academic performance, and the moderating role of resourcefulness in health professions students during COVID-19 pandemic. *Journal of Professional Nursing*, 46, 83-91. doi: 10.1016/j.profnurs.2023.02.010
- Alinejad-Tilaki, A., Omidvar, S., Kheirkhah, F., Bakhtiari, A., & Gholinia, H. (2025). Health literacy and its relationship with mental health and quality of life in freshmen students. *BMC Public Health*, 25(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21202-4>
- Aloufi, M., Jarden, R., Gerdzt, M., & Kapp, S. (2021). Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. *Nurse education today*, 102, 104877. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104877
- American Medical Association. (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. Chicago, IL: AMA Press.
- Ayaz-Alkaya, S., & Terzi, H. (2019). Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice*, 34, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.009>

- Baez-Lugo, S., Deza-Araujo, Y., Maradan, C., Collette, F., Lutz, A., Marchant, N. L., & Klimecki, O. (2023). Exposure to negative socio-emotional events induces sustained alteration of resting-state brain networks in older adults. *Nature aging*, 3(1), 105-120.
- Baik, D., & Kim, O. (2020). The effects of cognitive emotion regulation strategies on the professional quality of life in hospital nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation society*, 21(10), 212-221.
- Batterham, R., Hawkins, M., Collins, P., Buchbinder, R., & Osborne, R. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public health*, 132, 3-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Berdida, D. (2023). Resilience and academic motivation's mediation effects in nursing students' academic stress and self-directed learning: a multicenter cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 69(15), 103639.
- Bloomquist, K., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H. (2015). Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work*, 16(2), 292-311. <https://doi.org/10.18060/18760>
- Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., & Kahl, K. (2020). Secondary traumatic stress, mental state, and work ability in nurses—Results of a psychological risk assessment at a university hospital. *Frontiers in psychiatry*, 11, 298. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298>
- Borji, M., Tarjoman, A., MOTAGHI, M., Salimi, E., & Naseri, A. (2017). Health literacy level and its related factors among the elderlies in Ilam in 2015. *Iran Journal of Nursing*, 30(108), 33–43. <https://doi.org/10.29252/ijn.30.108.33>.
- Boyle, D. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing2024*, 45(7), 48-51. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1>

- Budhathoki, S., Pokharel, P., Good, S., Limbu, S., Bhattachan, M., Osborne, R. (2017). The potential of health literacy to address the health related UN sustainable development goal 3 (SDG3) in Nepal: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 17(1),1– 3.
- Cafiero, M. (2013). Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *Journal of health communication*, 18(sup1), 70-81.
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2020). Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1333-1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F & Öcel, Y. (2018). The impact on patient satisfaction of health literacy. *Int J Econom Soc Res* (Article in Turkish),14, 67–88.
- Chang, M., Baker, S., Dos Santos Marques, I., Liwo, A., Chung, S., Richman, J. S., & Chu, D. (2020). Health literacy in surgery. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(1), e46-e65.
- Chen, W., Zheng, Q., Liang, C., Xie, Y., & Gu, D. (2020). Factors influencing college students' mental health promotion: the mediating effect of online mental health information seeking. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4783. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134783>
- Cheng, W., Chow, P., Wong, F., & Ho, M. (2023). Associations among stressors, perceived stress, and psychological distress in nursing students: a mixed methods longitudinal study of a Hong Kong sample. *Frontiers in psychology*, 14, 1234354. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1234354
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services*, 11(1), 75. <https://doi.org/10.1037/a0033798>.

- Çiftçi, M. Ç., & Tutuk, S. P. M. (2024). The relationship between quality of life and health literacy in individuals presenting to primary health-care institutions. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 15(4). DOI: 10.14744/phd.2024.28566
- Cimete, G., Gencalp, N., & Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of nursing care quality*, 18(2), 151-158.
- Çinçinoğlu, G., & Okanlı, A. (2021, October). The relationship between mental health literacy and stigma. In *6th International 11th National Psychiatric Nursing Congress* (pp. 20-23). <https://phdernegi.org/kongre-ozet-kitaplari>
- Cole, P., Ramsook, K., & Ram, N. (2019). Emotion dysregulation as a dynamic process. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1191-1201.
- Costa, D., Kogien, M., Hartwig, S., Ferreira, G., Guimarães, M., & Ribeiro, M. (2022). Dispositional mindfulness, emotional regulation and perceived stress among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220086. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0086en>.
- Cutilli, C., & Bennett, I. (2009). Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthopaedic Nursing*, 28(1), 27-32.
- Dehghani, A. (2021). Health literacy in multiple sclerosis patients: a concept analysis using the evolutionary method. *Journal of Caring Sciences*, 10(1), 49. doi: 10.34172/jcs.2021.010.
- Deng, Z., Deng, Z., Fan, G., Wang, B., Fan, W., & Liu, S. (2023). More is better? Understanding the effects of online interactions on patient's health anxiety. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 74(11), 1243-1264.
- Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e112.

- Drobnič, S., & Guillén Rodríguez, A. (2011). Tensions between work and home: Job quality and working conditions in the institutional contexts of Germany and Spain. *Social Politics*, 18(2), 232-268.
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International journal of cardiology*, 293, 294-296.
- Elsborg, L., Krossdal, F., & Kayser, L. (2017). Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes. *Scandinavian journal of public health*, 45(8), 831-838. <https://doi.org/10.1177/1403494817733356>
- Espuela, F., Cuenca, J., Díaz, C., Sánchez, J., Gamez-Leyva, G., & Naranjo, I. (2020). Sex differences in long-term quality of life after stroke: Influence of mood and functional status. *Neurología (English Edition)*, 35(7), 470-478. DOI: 10.1016/j.nrl.2017.10.002.
- Essary, J., Barza, L., & Thurston, R. (2020). Secondary traumatic stress among educators. *Kappa Delta Pi Record*, 56(3), 116-121. <https://doi.org/10.1080/00228958.2020.1770004>
- Ewing, L., Hamza, C., & Willoughby, T. (2019). Stressful experiences, emotion dysregulation, and nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of youth and adolescence*, 48, 1379-1389. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01025-y>
- Filabadi, Z., Estebarsari, F., Milani, A., Feizi, S., & Nasiri, M. (2020). Relationship between electronic health literacy, quality of life, and self-efficacy in Tehran, Iran: A community-based study. *Journal of education and health promotion*, 9(1), 175.
- Ganesh, S., & Paramasivam Ganesh, M. (2014). Effects of masculinity-femininity on quality of work life: Understanding the moderating roles of gender and social support. *Gender in Management: An International Journal*, 29(4), 229-253.
- Gao, T., Huang, F., Liu, T., Sum, R., De Liu, J., Tang, D., & Ma, R. (2024). The role of physical literacy and mindfulness on health-related quality of life among college students during the COVID-19 pandemic. *Scientific reports*, 14(1), 237. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50958-9>

- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J., & Giguere, C. (2019). Construct Validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a Sample of Child Protection Workers. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 566–576. DOI: 10.1002/jts.22410
- Gobbens, R., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*, 14, 231-239.
- Gray, L., & Taie, S. (2015). Public School Teacher Attrition and Mobility in the First Five Years: Results from the First through Fifth Waves of the 2007-08 Beginning Teacher Longitudinal Study. First Look. NCES 2015-337. *National center for education statistics*.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348- 362.
- Guimond, S., Ling, G., Drodge, J., Matheson, H., Wojtalik, J., Lopez, B., & Keshavan, M. (2022). Functional connectivity associated with improvement in emotion management after cognitive enhancement therapy in early-course schizophrenia. *Psychological medicine*, 52(12), 2245-2254.
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15, 1-7. Doi:10.1186/s12889-015-1551-6
- Hazer, O., & Ateşoğlu, L. (2019). The effect of health literacy on successful aging: the case of Ankara province. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing*, 5(2), 48-56.
- Health Literacy Project. (2019). Exploring Health Literacy in Tertiary Students: An International Study.
<https://www.fmhs.auckland.ac.nz/en/faculty/health-literacy-project.html> Accessed 25 July.

- Holt, K., Overgaard, D., Engel, L., & Kayser, L. (2020). Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *BMC nursing*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00418-w>
- Hosseini, F., Kazemi, M., & Akbari, A. (2017). The role of general health in the occurrence of nursing errors, among the nurses in rafsanzan university of medical sciences in 2012. *Community Health Journal*, 7(4), 27-35.
- Hsu, M., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 120-131.
- Htet, H., Wichaidit, W., Sriplung, H., Htet, K., Chuaychai, A., Sottiyotin, T., & Chongsuvivatwong, V. (2023). Do Electronic Health Literacy and Online Health Information-Seeking Behavior Mediate the Effects of Socio-Demographic Factors on COVID-19-and Non-communicable Disease-Related Behaviors Among Myanmar Migrants in Southern Thailand?. *Cureus*, 15(11), e49090.
- Ibrahim, R., Al Sabbah, S., Al-Jarrah, M., Senior, J., Almomani, J. A., Darwish, A., & Al Naimat, A. (2024). The mediating effect of digital literacy and self-regulation on the relationship between emotional intelligence and academic stress among university students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 24(1), 1309. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06279-0>
- Jafary, E., Kamarzarin, H., Kordmirza, E & Sefizadeh, V. (2015). The role of spiritual well-being and coping skills in prediction of job satisfaction in nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 4(1), 50-58.
- James, B., Boyle, P., Bennett, J., & Bennett, D. (2012). The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*, 58(6), 531-539.
- Kadović, M., Mikšić, Š., & Lovrić, R. (2022). Ability of emotional regulation and control as a stress predictor in healthcare professionals. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010541>

- Kane, P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of occupational and environmental medicine*, 13(1), 28-32. doi: 10.4103/0019-5278.50721
- Kanten, S., & Sadullah, O. (2012). An empirical research on relationship quality of work life and work engagement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62, 360-366.
- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187, 26-30.
- Khaleghi, M., Shokravi, F. A., Peyman, N., & Moridi, M. (2019). Evaluating the effect of educational interventions on health literacy through social networking services to promote students' quality of life. *Korean journal of family medicine*, 40(3), 188- 193. doi: 10.4082/kjfm.18.0060
- Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs>
- Kheiri, M., Taghdisi, M. H., Dehdari, T., Rnajar, S., Mahdavi, N., Nazarpouri, A., & Mousavi, S. (2019). The relationship between quality of life and health literacy among nurses of the largest heart center in the North West of Iran. *Journal of Health Literacy*, 4(3),38-45.
- Kim, M., Kim, K., Ko, J., Murry, N., Xie, B., Radhakrishnan, K., & Han, H. (2020). Health literacy and outcomes of a community-based self-help intervention: a case of Korean Americans with type 2 diabetes. *Nursing research*, 69(3), 210-218. doi:10.1097/nnr.0000000000000409
- Kirwan, M., Pickett, S. M., & Jarrett, N. L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry research*, 254, 40-47.
- Kozak, F., & Akyıl, R. (2021). The relationship between health literacy and quality of life in elderly individuals. *Journal of Nursing Science*, 4(3), 122-132.

- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C.(2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3),154-158.
- Lambert, M., Luke, J., Downey, B., Crengle, S., Kelaher, M., Reid, S., & Smylie, J. (2014). Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC health services research*, 14, 1-10.
- Landeiro, F., Walsh, K., Ghinai, I., Mughal, S., Nye, E., Wace, H., & Gray, A. (2018). Measuring quality of life of people with predementia and dementia and their caregivers: a systematic review protocol. *BMJ open*, 8(3), e019082.
- Lee, K., & Yusof, M. (2018). Quality of life among nurses in primary healthcare clinics in the health district of Petaling, Selangor. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(5), 57-67.
- Leite, A., de Moura Fernandes, A., & Araujo, R. (2020). Nível de estresse e ansiedade dos discentes do curso de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(10), e2679108553-e2679108553. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8553>
- Li, S., Cui, G., Zhou, F., Liu, S., Guo, Y., Yin, Y., & Xu, H. (2022). The longitudinal relationship between eHealth literacy, health-promoting lifestyles, and health-related quality of life among college students: a cross-lagged analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 868279. doi: 10.3389/fpubh.2022.868279
- Lin, C., Ganji, M., Griffiths, M., Bravell, M., Broström, A., & Pakpour, A. (2020). Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 155-164.
- Macabasco-O'Connell, A., & Fry-Bowers, E. (2011). Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 295-307.

- Madden, L., & Reynolds, R. (2021). The Process of Emotional Regulation. In S.G. Taukeni (Ed.). *The Science of Emotional Intelligence* (pp.21-30). Licensee IntechOpen: London, UK.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248-255.
- Mao, C., Lin, M., Shen, S., Li, Y., Xie, Z., & Li, P. (2022). Latent profiles of emotion regulation strategies associated with alexithymia, nonsuicidal self-injury and resilience among nursing students. *Stress and Health*, 38(1), 69-78. doi: 10.1002/smi.3075. Epub 2021 Jun 25
- Marzban, S., Najafi, M., Asefzadeh, S., Gholami, S., & Rajaei, R. (2016). Effect of workload on quality of work life among staff of the teaching hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences (2014). *Journal of Inflammatory Diseases*, 20(1), 63-69.
- Masumoto, K., Taishi, K & Shiozaki, M. (2016). Age and Gender Differences in Relationships Among Emotion Regulation, Mood, and Mental Health. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1 –8.
- McCleary-Jones, V. (2016). A systematic review of the literature on health literacy in nursing education. *Nurse educator*, 41(2), 93-97.
- McRae, K & Gross, J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20, 1–9.
- Mekawy, S., Ismail, S., & Mohamed, M. (2020). Digital Health Literacy (DHL) Levels among Nursing Baccalaureate Students and Their Perception and Attitudes toward the Application of Artificial Intelligence (AI) In Nursing. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(1), 1266- 1277.
- Menegatti, M., Rossaneis, M., Schneider, P., Silva, L., Costa, R., & Haddad, M. (2020). Stress and coping strategies used by nursing interns. *Rev Min Enferm*, 24(1).
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/49933>
- Mohamed, E., Zaki, S., & Kotb, F. (2021). Assessment of mindfulness among head nurses, and its effect on staff nurses' emotional regulation and quality of work life. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(24), 153-165.

- Mohamed, S., Mosa, S., & Mahmoud, A. (2023). Job Stress and Emotion Regulation relation to Workplace Wellbeing among Psychiatric Nurses. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(4), 168-197.
- Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-25.
- Munangature, T., Tomas, N., & Mareka, V. (2022). Nursing students' understanding of health literacy and health practices: a cross-sectional study at a university in Namibia. *BMC nursing*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00776-z>
- Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B., & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 22(3), 577-585. <https://doi.org/10.1111/nhs.12698>
- Nasiry Zarrin Ghabaee, N., Talebpour Amir, F., Hosseini Velshkolaei, M., & Rajabzadeh, R. (2016). Quality of life and its relationship to the Job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. *Journal of Nursing Education*, 5(2), 40-48.
- Nesari, M., Olson, J. K., Nasrabadi, A. N., & Norris, C. (2019). Registered nurses' knowledge of and experience with health literacy. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(4), e268-e279. doi: 10.3928/24748307-20191021-01
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42, 159-73.
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PloS one*, 16(2), e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>

- Özer, D., & Altun, Ö. (2024). Nursing students' mental health literacy and resilience levels: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 222-227.
- Pačarić, S., Nemčić, A., Farčić, N., & Trazer, V. (2018). Emotional control in surgical and intensive care nursing: Sociodemographic differences. *Southeastern European Medical Journal: SEEMEDJ*, 2(2), 1-7.
- Pasquet, S. (2023). Stress and nursing education: hypnosis to improve students' quality of life. *Revue de l'infirmiere*, 72(289), 37-39. doi: 10.1016/j.revinf.2023.02.015
- Patel, R., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pequeno, N., Cabral, N., Marchioni, D., Lima, S., & Lyra, C. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-13.
- Petrosyan, A. (2025). *Worldwide digital population, Number of internet and social media users worldwide as of February*, Feb 13, 2025. <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/2025>
- Pi-Ming, Y., Moxham, L., Patterson, C., Antoniou, C., & Jenn-Chang, L. (2023). A comparison of psychological well-being, coping strategies, and emotional problems between Taiwanese and Australian nursing students. *Journal of Nursing Research*, 31(2), e264. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000543>
- Prakash, P., Sheilini, M., & Nayak, S. (2023). Academic burnout among undergraduate nursing students: A quantitative survey approach. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 141.
- Putnam, K., & Silk, K. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 899-925.

- Rababah, J., Al-Hammouri, M., & Drew, B. (2020). The impact of health literacy on college students' psychological disturbances and quality of life: A structural equation modeling analysis. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01541-7>
- Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(1), 16-21.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*, 16(2), 207-214.
- Reavley, N., & Jorm, A. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 947-956.
- Remigrońska, A., & Włoszczak-Szubzda, A. (2016). Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok. *Aspekty zdrowia i choroby*, 1(1), 41–53.
- Saatchi, M., Panahi, M. H., Mozafari, A. A., Sahebkar, M., Azarpakan, A., Baigi, V., & Naieni, K. H. (2017). Health literacy and its associated factors: a population-based study, Hormuz Island. *Iranian Journal of Epidemiology*, 13(2), 136–144.
- Sacco, T., & Copel, L. (2018, January). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. In *Nursing forum*, 53(1), 76-83. <https://doi.org/sdl.idm.oclc.org/10.1111/nuf.12213> <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59-66. <https://doi.org/10.1177/1043659619838876>
- Sanders, L., Thompson, V., & Wilkinson, J. (2007). Caregiver health literacy and the use of child health services. *Pediatrics*, 119(1), e86-e92.

- Sántha, Á. (2021). The sociodemographic determinants of health literacy in the ethnic Hungarian mothers of young children in Eastern Europe. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5517. doi:10.3390/ijerph18115517
- Santos, A., Mussi, F., Pires, C., Santos, C., & Paim, M. (2020). Qualidade do sono e fatores associados em universitários de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20190144. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0144>
- Saraji, G., & Dargahi, H. (2006). Study of quality of work life (QWL). *Iranian journal of public health*, 35(4), 8-14.
- Seurer, A., & Vogt, H. (2013). Low health literacy: a barrier to effective patient care. *South Dakota Medicine*, 66(2), 53- 57.
- Sinclair, S., Norris, J., McConnell, S., Chochinov, H., Hack, T., Hagen, N., & Bouchal, S. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC palliative care*, 15, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12904016-0080-0>
- Skinner, E., Kindermann, T., & Furrer, C. (2009). A motivational perspective on engagement and disaffection: Conceptualization and assessment of children's behavioral and emotional participation in academic activities in the classroom. *Educational and psychological measurement*, 69(3), 493-525. <http://dx.doi.org/10.1177/0013164408323233>
- Smith, G. (2021). Health literacy: a nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8). doi:10.12707/RV21ED8
- Smith, G., Lai, V., & Poon, S. (2021). Building the case for health literacy in gastroenterology. *Gastrointestinal Nursing*, 19(7), 26-30. doi:10.12968/gasn.2021.19.7.26
- Solati, K., Ghasemi, M., & Mohammadi, D. (2018). The Relationship of Internet Addiction with Quality of Life and Alexithymia in Students in Iran. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 12(12), 6-9.
- Soltani, R., Kafae, S. M., Salehi, I., Karashki, H., & Rezaee, S. (2010). Survey the quality of life in Guilan university students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 19(75), 25-35.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stamm, B. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retrieved from: https://proqol.org/uploads/ProQOL-5_French.pdf
- Stamm, B. (2010). *The concise ProQOL manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org; Retrieved from http://ProQOL.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Suleiman, I., Henry, M., & Eneyi, K. (2017). Quality of life of healthy subjects and patients with arthritis and diabetes mellitus in Bayelsa State, Niger Delta region. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 16(7), 1729-1735.
- Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), 770-779. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x
- Tol, A., Tavassoli, E., Shariferad, G., & Shojaezadeh, D. (2011). The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. *J Health Syst Res*, 7(4). <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-267-en.html>
- Toqan, D., Ayed, A., Malak, M., Hammad, B., ALBashtawy, M., Hayek, M., & Thultheen, I. (2023). Sources of stress and coping behaviors among nursing students throughout their first clinical training. *SAGE Open nursing*, 9, 23779608231207274.
- Torres, R., & Nichols, J. (2014). Health literacy knowledge and experiences of associate degree nursing students: A pedagogical study. *Teaching and learning in nursing*, 9(2), 84-92.

- Tubaishat, A., & Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 42, 47-52. Doi:10.1016/j.nedt.2016.04.003
- Tung, Y., Lo, K., Ho, R., & Tam, W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 63, 119-129. doi:10.1016/j.nedt.2018.01.009
- Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., Moselen, E., Dixon, R., Osborne, R., & Stringer, D. (2016). Exploring health literacy profiles of Texas university students. *Health Behavior and Policy Review*, 3(3), 209-225. <https://doi.org/10.14485/HBPR.3.3.3>.
- Vasli, P., Mortazavi, Y., Aziznejadroshan, P., Esbakian, B., Ahangar, H., & Jafarpour, H. (2023). Correlation between critical thinking dispositions and self-esteem in nursing students. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 144.
- Vogt, D., Schaeffer, D., Messer, M., Berens, E., & Hurrelmann, K. (2018). Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*, 33(5), 739-747.
- Walker, J., Pepa, C., & Gerard, P. (2010). Assessing the health literacy levels of patients using selected hospital services. *Clinical Nurse Specialist*, 24(1), 31-37.
- Wang, C., Kane, R., Xu, D., & Meng, Q. (2015). Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC women's health*, 15, 1-8.
- Wang, L., He, C., Yu, Y., Qiu, X., Yang, X., Qiao, Z., & Yang, Y. (2014). Associations between impulsivity, aggression, and suicide in Chinese college students. *BMC public health*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-551>.
- Willroth, E., Flett, J., & Mauss, I. (2020). Depressive symptoms and deficits in stress-reactive negative, positive, and within-emotion-category differentiation: A daily diary study. *Journal of personality*, 88(2), 174-184.
- Wilson, R. (2018). The right way for nurses to prescribe, administer and critique digital therapies. *Contemporary Nurse*, 54(4-5), 543-545.

- Wilt, J., Bleidorn, W., & Revelle, W. (2016). Finding a life worth living: Meaning in life and graduation from college. *European Journal of Personality*, 30(2), 158-167.
- Wittenberg, E. (2018). Health literacy: exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Number 1/February 2018*, 22(1), 53-61.
- Wu, H., Chi, T., Chen, L., Wang, L., & Jin, Y. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 627-634. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x
- Yasemi, H., Mahdizadeh, J., Pahlevanynejad, S., Lavvaf, S., & Kahouei, M. (2023). Determinant Factors Impact of E-Health Literacy on the Quality of Life of Students During the Covid-19. *Journal of Health Literacy*, 7(4), 93-105.
- Yu, P., Tsai, Y., Chiu, Y., Hsiao, P., Lin, M., Chen, T., & Kuo, M. (2021). The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 447. doi: 10.3390/jpm11060447
- Yusefi, A., Ebrahim, Z., Bastani, P., Najibi, M., Radinmanesh, M., & Mehrtak, M. (2019). Health literacy status and its relationship with quality of life among nurses in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(1), 73-79. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_205_17
- Zakerian, S. A., Abbasinia, M., Mohammadian, F., Fathi, A., Rahmani, A., Ahmadnezhad, I., & Asghari, M. (2013). The relationship between workload and quality of life among hospital staffs. *Iranian Journal of Ergonomics*, 1(1), 43-56.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.
- Zarei, G., Zarei, E., & Marzban, S. (2014). The correlation between quality of working life and turnover intention: A study among employees of health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. *Pajoohandeh Journal*, 19(4), 200-206.

- Zhang, G., Shen, L., Tao, C., Jung, A., Peng, B., Li, Z., & Tao, H. (2021). Medial preoptic area antagonistically mediates stress-induced anxiety and parental behavior. *Nature neuroscience*, 24(4), 516-528.
- Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., & Zhao, Y. (2016). Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. *PloS one*, 11(4), e0152547. doi: 10.1371/journal.pone.0152547
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-10.
- Zhu, Y., Wang, H., & Wang, A. (2021). An evaluation of mental health and emotion regulation experienced by undergraduate nursing students in China during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1160-1169. doi: 10.1111/inm.12867.
- Zhu, Y., Zhang, Y., Wong, F., Kuo, S., Cheung, K., Lam, M., & Zhang, Y. (2022). Newly graduated nurses' stress, coping, professional identity and work locus of control: Results of a cross-sectional study in Shanghai, Hong Kong and Taipei. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3406-3418.
- Ziapour, A., & Kianipour, N. (2018). Health-related Quality of Life among University Students: The Role of Demographic Variables. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 12(3).
- Zou, M., Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Bai, R., Huang, W., & Zhao, Y. (2018). The ability to obtain, appraise and understand health information among undergraduate nursing students in a medical university in Chongqing, China. *Nursing open*, 5(3), 384-392.